

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA INTERNA.

**FACTORES ASOCIADOS A ADHERENCIA EN PACIENTES CON VIH/SIDA, DE LA
UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL DE PERSONAS VIVIENDO CON VIH DEL
HOSPITAL GENERAL ENRIQUE GARCES, QUITO – ECUADOR, JULIO A
OCTUBRE 2014.**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA INTERNA.**

MD. JURADO ZURITA FERNANDO DAVID

DIRECTOR: Dra. Rosa Noemí Terán Terán.

DIRECTOR METODOLÓGICO: Dr. Alberto Narváez. Tutor investigación PUCE.

Quito 2015

AGRADECIMIENTO

Ser más para servir mejor, gran legado enseñado por los padres Jesuitas y que a diario mantengo en mi alma.

Agradezco a Dios por sus bendiciones diarias, a mi familia por su apoyo incondicional y en especial a mis tutores, quienes han dejado un gran ejemplo en mi vida.

Les doy gracias por ser el apoyo diario, mi inspiración, mi motivo de lucha, mientras estén en mi vida todo lo podré y todo lo daré, Francisco y Felipe.

TABLA DE CONTENIDOS

Agradecimiento.....	2
Tabla de Contenidos.....	3
Lista de Tablas.....	5
Abreviaturas.....	7
Resumen.....	8
Capítulo I Introducción.....	11
Justificación.....	14
Planteamiento del Problema.....	15
Objetivos.....	15
Capítulo II.....	16
VIH-SIDA Epidemiología.....	16
Tratamiento Antirretroviral.....	16
Inicio del Tratamiento Antirretroviral.....	19
Adherencia Terapéutica.....	21
Adherencia a la Terapia Antirretroviral.....	23
Medida de la Adherencia a la Terapia Antirretroviral.....	23
Condicionantes a la Adherencia de la Terapia Antirretroviral.....	29
Capítulo III.....	43
Población y Muestra.....	43
Cálculo de la Muestra.....	43
Tipo de Estudio.....	43
Variables.....	44
Operacionalización de Variables.....	45
Criterios de Selección.....	57
Fuente y Recolección de la Información.....	57

Plan de Análisis de Datos.....	58
Procesamiento y Analisis Estadístico.....	60
Aspectos Bioéticos.....	60
Capítulo IV Resultados.....	62
Descripción de Frecuencias.....	62
Análisis Bivarial.....	70
Análisis Multivarial.....	81
Capítulo V Discusión.....	82
Capítulo VI Conclusiones.....	92
Capítulo VII Recomendaciones.....	93
Referencias Bibliográficas.....	94
Anexos.....	103

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Distribución por sexo, género, edad de PVVS.....	62
Tabla 2: Distribución por Etnia, Alfabetismo, Nivel de escolaridad, Situación Laboral Características demográficas de PVVS.....	63
Tabla 3: Distribución por Estado civil de PVVS.....	63
Tabla 4: Distribución por País, Ciudad, Zona de residencia de PVVS.....	64
Tabla 5: Consumo de drogas y alcohol de PVVS.....	64
Tabla 6: Factores Psicosociales de PVVS.....	65
Tabla 7: Factores de Psicopatología de PVVS:	66
Tabla 8: Factores Viroológicos/inmunológicos y propios de la enfermedad de PVVS.....	67
Tabla 9: Factores de la Terapéutica de PVVS.....	68
Tabla 10: Factores Clínicos de PVVS.....	69
Tabla 11: Factores descritos por las PVVS.....	69
Tabla 12: Adherencia a TARGA de PVVS según reporte de enfermería y escala SMAQ.....	70
Tabla 13: Sexo, género, edad y adherencia de PVVS.....	71
Tabla 14: Etnia, nivel de escolaridad y adherencia de PVVS.....	72
Tabla 15: Estado Civil y adherencia de PVVS.....	72
Tabla 16: Zona de residencia y adherencia de PVVS.....	73
Tabla 17: Consumo de drogas y alcohol y adherencia de PVVS.....	73
Tabla 18: Información brindada por el personal de salud sobre la enfermedad y adherencia de PVVS (relación médico paciente).....	74
Tabla 19: Factores Psicosociales y adherencia de PVVS.....	75
Tabla 20: Factores Psicopatológicos asociados a adherencia de PVVS.....	75
Tabla 21: Factores virológicos/inmunológicos y propios de la enfermedad asociados a adherencia de PVVS.....	77
Tabla 22: Factores terapéuticos asociados a adherencia de PVVS.....	78
Tabla 23: Reacciones adversas y adherencia de PVVS.....	79

Tabla 24: Factores clínicos asociados a adherencia de PVVS.....	79
Tabla 25: Factores descritos por los pacientes y adherencia de PVVS.....	80
Tabla 26: Análisis Multivariable: Variables asociadas a adherencia.....	81

ABREVIATURAS

3TC: Lamivudina

ABC: Abcavir

AIDS: Acquired immune deficiency syndrome.

ARV: Antirretrovirales

AZT: zidovudina

CADF: Combinaciones de antirretrovirales a dosis fijas.

CDC: Centers for Disease Control and Prevention.

CV: Carga Viral.

CVP: Carga Viral Plasmática.

EACS: European AIDS Clinical Society.

EFV: Efavirenz

FDA: Food and Drug Administration.

FTC: Emtricitabina

GESIDA: Grupo español de estudio de SIDA.

ITIAN: Inhibidor de la transcriptasa inversa análogo de nucleósido.

ITINAN: Inhibidor de la transcriptasa inversa no análogo de nucleósido.

MSP: Ministerio de Salud Pública.

NIH: National Institutes of Health.

IP: Inhibidor de Proteasa

LPV/RTV: Lopinavir/Ritonavir

ODM: Objetivos de desarrollo del milenio.

OMS: organización Mundial de la Salud.

PVV: Personas que viven con el virus de VIH.

SIDA: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

TARGA: Terapia Antirretroviral de gran actividad.

TDF: Tenofovir

VHB: Virus de la Hepatitis B.

VHC: Virus de la Hepatitis C.

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana.

WHO: World Health Organization.

RESUMEN

Introducción: La falta de adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) es la principal causa de fracaso terapéutico y con ello de fracaso virológico.

Objetivos: Identificar los factores asociados a la adherencia a la TARGA.

Metodología: Estudio analítico de corte. Se investigaron 202 pacientes mayores de 18 años de edad, con diagnóstico establecido de VIH/SIDA, en tratamiento con TARGA y que acudan a la consulta externa de la unidad de atención integral de personas viviendo con VIH del Hospital Enrique Garcés. Se aplicó un cuestionario estructurado, elaborado en función de instrumentos que evalúan la adherencia y factores asociados a la misma como son los sociodemográficos, psicosociales, clínicos, psiquiátricos, virológicos, inmunológicos y farmacológicos. Las Principales medidas de resultados fue la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad. Para el análisis bivariado se empleó las pruebas de chi cuadrado y t de students, se estableció un nivel de significación estadística $p < 0,05$, y para calcular el riesgo se utilizó el OR, con intervalos de confianza de 95%. Se realizó análisis de regresión logística.

Resultados: Se encuestó 202 pacientes de los cuales el 55,9% fue adherente según el reporte de enfermería y el 49,01% según la escala SMAQ. El índice de Kappa de concordancia interpruebas moderada correlación (0,54). La edad promedio en el grupo de pacientes fue $36,31 \pm 9,3$ años en el grupo de no adherentes y de $39,7 \pm 11,7$ años en los adherentes; el 30,69% de estos eran transgénero femenino. En el análisis multivariable, los factores que afectan la adherencia fueron: auto-reporte de dificultad horaria para consumo de la TARGA (OR: 43,40, IC95% 7,96 a 236,62), auto-reporte de no tener voluntad de consumir la TARGA (OR: 43,12, IC95% 3,37 a 551,53), auto-reporte de diversas causas para no consumir la TARGA (OR: 26,15, IC95% 9,63 a 74,83), estadio tardío de la enfermedad (OR: 2,10, IC95% 0,97 a 4,54), esquema ARV

que no contenga ITINAN (OR: 3,91, IC95% 1,56 a 9,81), RAM reportadas por el paciente (OR: 6,87, IC95% 1,57 a 29,94) y presencia de psicopatología (OR: 2,80, IC95% 1,07 a 7,30). Las variables que favorecen la adherencia fueron: auto-reporte de olvido de la TARGA (OR: 0,28, IC95% 0,10 a 0,75) y RAM reportadas por el médico (OR: 0,33, IC95% 0,14 a 0,73)

Conclusiones: La prevalencia de adherencia según el reporte de enfermería fue del 55,9% y del 49,01% según la escala SMAQ, los datos son similares a los encontrados en diferentes estudios a nivel mundial, pese a la heterogeneidad de los mismos apoyando el uso de ambas escalas para la medición de adherencia. Factores como la percepción personal, estado psicopatológico y monoterapia farmacológica fueron los que influyeron de forma favorable en la adherencia al tratamiento antirretroviral.

Palabras clave: Adherencia; terapia antirretroviral; infección por VIH; síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

SUMMARY

Introduction: Lack of adherence to antiretroviral therapy (HAART) is the major cause of treatment failure and thus of virologic failure.

Objectives: To identify factors associated with adherence to HAART.

Methodology: Analytical cutting. 202 patients over 18 years of age with an established diagnosis of HIV / AIDS, treatment with HAART attending the outpatient unit of comprehensive care for people living with HIV Enrique Garcés Hospital were investigated. a structured questionnaire, prepared on the basis of instruments that assess adherence and factors associated with it such as sociodemographic, psychosocial, clinical, psychiatric, virological, immunological and pharmacological was applied. The Main outcome measures were adherence to highly active antiretroviral therapy. Bivariate analysis for the chi square and t tests of students was used, a level of statistical significance $p < 0.05$ was established to calculate the risk and the OR was used, with confidence intervals of 95%. Logistic regression analysis was performed.

Results: 202 patients were interviewed of which 55.9% was adherent as reported by nurses and 49.01% according to the SMAQ scale. Kappa index was 0.54 interpruebas agreement is interpreted as moderate correlation. The average age in the group of patients was 36.31 ± 9.3 years in the non-adherent group and 39.7 ± 11.7 years in the adherent; the 30.69 % of these were transgender women. In the multivariate analysis, factors affecting adherence were self-reported difficulty hourly consumption of HAART (OR: 43, 40, 95% CI 7.96 to 236.62), self-reported having no will of consume HAART (OR 43.12, 95% CI 3.37 to 551.53), self-reported various reasons for not using HAART (OR 26.15, 95% CI 9.63 to 74.83) late stage of the disease (OR: 2.10, 95% CI 0.97 to 4.54), ARV scheme not containing NNRTI (OR: 3.91, 95% CI 1.56 to 9.81), RAM reported by the patient (OR: 6.87, 95% CI 1.57 to 29.94) and the presence of

psychopathology (OR: 2.80, 95% CI 1.07 to 7.30). The variables that favor adherence were self-reported forget HAART (OR: 0.28, 95% CI 0.10 to 0.75) and RAM reported by the physician (OR: 0.33, 95% CI 0.14 to 0.73)

Conclusions: The prevalence of adherence according to the report of nursing was 55.9% and 49.01% according to the SMAQ scale data are similar to those found in different studies worldwide, despite the heterogeneity of the same; support the use of both scales for measuring adhesion. Factors such as personal perception, psychopathology and drug monotherapy were favorably influencing adherence to antiretroviral treatment.

Keywords: Adherence; antiretroviral therapy; HIV infection; acquired immunodeficiency syndrome.

1 CAPITULO I

1.1 INTRODUCCION

Los avances en el tratamiento de la infección por el VIH se han traducido en mejoras significativas en el control de esta epidemia.^{10,71,74,76} La introducción de la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) en 1996 marcó una transformación en los resultados del paciente.^{10,71,74,76} Sin embargo, el VIH sigue siendo una de las principales causas de mortalidad en países en vías de desarrollo en personas entre 25 a 54 años.^{62,63} Los estudios muestran que la adherencia a la TARGA es uno de los factores más importantes para alcanzar sus beneficios incluyendo máxima y duradera supresión de la replicación viral, la reconstitución inmune y mejora de la supervivencia.⁹⁻¹⁰

Estudios previos que evaluaban la adherencia a la terapia con inhibidores de la proteasa concluyeron que era necesario el cumplimiento de 95% o más para lograr el control de la carga viral, por lo que las directrices actuales recomiendan "excelente adherencia".⁷⁸ Contraria a esta recomendación, la literatura sobre adhesión a la TARGA indica que más del 10% de los pacientes se pierden una o más dosis de medicamentos por día; más del 33% han perdido dosis dentro de las últimas 4 semanas y los factores asociados a esto, son múltiples y variados, así se incluyen, factores demográficos, problemas psicosociales, comunicación médico-paciente y las características del régimen de la TARGA.^{55,65}

En el presente estudio, se evaluaron varios factores con posible relevancia para el cumplimiento de la TARGA, a través de dos métodos de valoración, reporte de

enfermería y escala SMAQ de adherencia, pretendiendo dilucidar los factores que favorecen o afectan la adherencia.

1.2 JUSTIFICACION

El VIH/SIDA es un problema de gran magnitud a nivel mundial. Desde 1996 con el advenimiento de antirretrovirales que posibilitaron la conformación de combinaciones potentes de los mismos, con el denominado TARGA, se logró enormes beneficios en cuanto a reducción de la morbi-mortalidad y transmisión de la infección por el VIH.⁷¹

Estudios publicados revelan que el tratamiento del VIH/SIDA, presenta una cifra alarmante de no adherencia que oscila entre el 20 y 30% (cohorte GEEMA, APROCO, ICONA).^{45,8,60} Comprometiendo de esta manera los objetivos del milenio propuestos por WHO⁶⁵ y creando la posibilidad de virus resistente que ya en la actualidad oscila en pacientes vírgenes de tratamiento en el 10%.⁴⁵

La asociación comorbilidades psiquiátricas y mala adherencia han sido debatidas ya por otros autores, los cuales han puesto en evidencia que la asociación es positiva y de mucha relevancia, así; la serie de Paterson⁷⁸ ya enunciaba un OR de 1.7 para esta variable; Langebeek⁴⁸ en su meta-análisis; obtiene como predictor que negativamente influyen en la adherencia síntomas depresivos, el estigma sobre el VIH, el consumo actual de sustancias psicotrópica, bajo apoyo social e inseguridad del beneficio sobre la TARGA.

A nivel de América Latina un estudio transversal realizado en Lima Perú, Alvis, O.¹, identificó que los factores independientemente asociados a la no adherencia fueron: ser homosexual/bisexual, tener una baja calidad de vida relacionada a la salud, poco apoyo social, no tener domicilio fijo, tener morbilidad psíquica y tener mayor tiempo en tratamiento. Y concluye “Los factores de tipo psico-social fueron los que influyeron de forma más importante en la falta de adherencia al tratamiento antirretroviral”.

Concluyendo en estas series de estudios que las intervenciones para mejorar la adherencia deben dirigirse sobre todo en los factores psicopatológicos.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Son los factores de comorbilidad psíquica los de mayor determinación en relación a la adherencia a la TARGA?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar los factores sociodemográficos, psicosociales, clínico farmacológicos e inmuno-virológicos, asociados a la adherencia a la TARGA

1.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Medir la frecuencia de adherencia
- Evaluar los factores Psicopatológicos asociados a la adherencia a la TARGA.
- Evaluar los factores socio-demográficos asociados a adherencia a la TARGA.
- Evaluar los factores Clínico-Farmacológicos asociados a adherencia a la TARGA.

2. CAPÍTULO II

2.1 VIH – SIDA – Epidemiología Global

La enfermedad actualmente conocida como síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), fue reportada por primera vez hace 26 años atrás, en la publicación “Morbidity and Mortality Weekly Report” bajo el título “Pneumocystis pneumonia – The Angels”. Ni siquiera el lector más pesimista hubiera podido anticipar la escala y magnitud que la epidemia asumió dos décadas después; millones de personas han muerto por la enfermedad, a lo que se suman las nuevas infecciones que ocurren diariamente en todas las regiones del planeta.⁹²

A finales del año 2013, 35 millones (33,2 a 37,2 millones) de personas vivían con VIH, de estas 1.6 millones (1,4 a 2,1 millones) están en Latinoamérica, la prevalencia regional fue estimada en 0,4% para ese mismo año, esto representa 10 nuevas infecciones cada hora. Del total de infectados a nivel mundial 22 millones (3 personas de cada 5), no tienen acceso a TARGA. La proporción de pacientes que no tienen acceso a TARGA son 58% en Sur África, 64% en la India y del 80 al 60% en Sudamérica. Colocando a Ecuador dentro de los países del área con una proporción entre el 40 y 60% de pacientes han iniciado TARGA.⁷¹

2.2 EL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

En 1987 se aprobó el uso del primer inhibidor de la transcriptasa inversa la zidovudina, también conocido como AZT, como monoterapia en pacientes VIH reactivos. No obstante, la monoterapia pronto se mostró que era inefectiva porque el VIH, aunque tiene un ciclo de vida muy corto (su vida media es alrededor de seis horas en la persona infectada), presenta una rápida replicación y mutación, por lo que rápidamente se vuelve

resistente a las terapias simples; por ello, las terapias con inhibidores de transcriptasa inversa eran capaces, en principio, de reducir la replicación del virus, pero en poco tiempo se volvían ineficaces. Ante esta situación, se hizo necesario el desarrollo de nuevos fármacos capaces de reducir drásticamente la carga viral, para con ello reducir también su capacidad de replicación y mutación. A mediados de 1996 apareció un nuevo tipo de antirretrovirales denominados inhibidores de la proteasa, enzima responsable de la replicación del virus dentro del linfocito. La inclusión de estos fármacos y su combinación con los anteriores dio lugar a lo que hoy se conoce como terapia de gran actividad (TARGA o HAART en inglés: Highly Active Antiretroviral Therapy).^{74,76}

Actualmente hay una arsenal terapéutico lo suficientemente efectivo para controlar la infección del VIH en los países desarrollados, sin embargo, difiere esta realidad en países en vías de desarrollo. De todas las personas que se estiman infectadas en la región 70% han sido diagnosticadas y apenas el 45% han iniciado TARGA, de estos un estimado del 66% han logrado supresión viral (28% del total). La región latinoamericana tiene una media de 80% de retención en tratamiento a los 12 meses después de iniciado.⁷¹

Estas cifras también son insuficientes, si se quieren lograr los objetivos del Milenio, que persiguen llevar el tratamiento a todas las personas que lo necesitan. A esto hay que unir la crisis financiera y la consiguiente recesión económica que han llevado a algunos países a revisar sus compromisos con los programas de lucha contra el VIH. La reducción de la financiación de los servicios relacionados con la infección por el VIH amenaza, no sólo con anular los beneficios obtenidos en los últimos años, sino que

también pone en gran peligro la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).^{74,76}

2.2.1 TRATAMIENTO ANTI RETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD (TARGA)

La base del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) reside en el empleo de una combinación de fármacos que atacan en diferentes etapas del ciclo de reproducción viral o diferentes aspectos del mismo, generando una inhibición más eficaz del proceso viral y su replicación.^{63,74,76}

2.2.2 COMBINACIONES DE ANTIRRETROVIRALES

Con el fin de simplificar el tratamiento, varias compañías farmacéuticas han comercializado varios antirretrovirales juntos, lo que se denomina combinaciones de antirretrovirales a dosis fijas (CADF) o “combos”. Cuando se diseña una CADF debe cumplirse una serie de premisas para asegurar su eficacia a largo plazo, como: no presentar toxicidades similares o aditivas, no requerir ajustes individuales de dosis, y presentar características farmacocinéticas concordantes. Esto último se refiere no sólo a su frecuencia de administración, sino a la semivida de eliminación, muy importante cuando el paciente omite alguna dosis o interrumpe el tratamiento.^{63,74,76}

Actualmente, en nuestro país, se dispone de las siguientes CADF:

Zidovudina + Lamivudina (AZT + 3TC)	Combivir®
Tenofovir + Emtricitabina (TDF + FTC)	Truvada®
Tenofovir + Emtricitabina + Efavirenz (TDF + FTC + EFV)	Atripla®
Abcavir + Lamivudina (ABC + 3TC)	Kivexa®
Lopinavir + Ritonavir (LPV + RTV)	Kaletra®

El Centers for Disease Control and Prevention (CDC), la Food and Drug Administration (FDA), el National Institutes of Health (NIH) y la European AIDS Clinical Society (EACS), consideran la coformulación a dosis fijas una ventaja destacable y recomiendan específicamente el uso de parejas de análogos de nucleótidos inhibidores de la transcriptas inversa (ITIAN) en coformulaciones (TDF/FTC o ABC/3TC).^{74,76}

2.3 INICIO DEL TRATAMIENTO

Los objetivos del tratamiento antirretroviral deben consistir en la consecución de una supresión máxima y perdurable de la replicación viral, el establecimiento o la conservación de la función inmune, la reducción de la morbilidad y la mejora de la calidad de vida. Por otro lado, el tratamiento antirretroviral no debería limitarse a la elección de una pauta efectiva, sino que se debería llevar a cabo un abordaje global del paciente, teniendo en cuenta su dimensión biológica, psíquica y social; sólo de este modo se podrán obtener los resultados deseados a largo plazo, que no se limitan a conseguir una viremia indetectable. Sin embargo, la situación clínica basada en la carga viral, la cifra de células CD4 y la presencia o no de manifestaciones clínicas determinan, en gran medida, la recomendación general de inicio del tratamiento antirretroviral.^{63,74,76}

Hasta 2009, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendaba el inicio del tratamiento a partir de un recuento de linfocitos-T CD4 igual o inferior a 200 células/mm³. Actualmente recomienda iniciar el tratamiento cuando los recuentos de células CD4 alcanzan cifras iguales o inferiores a 500 células/mm³, independientemente de que los pacientes presenten o no síntomas clínicos. Y solo en casos de comorbilidades especificadas cuando este valor es superior a 500 células/mm³.^{63,74,76}

La guía GESIDA y el plan Nacional del SIDA recomiendan en los pacientes asintomáticos iniciar el tratamiento antirretroviral, apoyados en los resultados de determinación de linfocitos CD4 (CD4/ μ L), en la carga viral plasmática (CVP) y en las comorbilidades del paciente. En este sentido:

- I. Si los linfocitos CD4 son inferiores a 500 células/ μ L, se recomienda iniciar el tratamiento antirretroviral. (Panel de expertos de GESIDA y Plan Nacional sobre sida, 2014)¹⁴
- II. En caso de que los CD4 se encuentren mayor a 500 células/ μ L, se recomienda el tratamiento, salvo en casos de número estable de CD4, CV baja o poca predisposición del paciente. (Panel de expertos de GESIDA y Plan Nacional sobre sida, 2014)¹⁴
- III. Si los linfocitos CD4 son superiores a 500 células/ μ , en general, se puede atrasar el tratamiento, aunque se debe considerar el inicio del mismo en los pacientes con cirrosis hepática, hepatitis crónica por virus C, hepatitis B, que requiera tratamiento, riesgo cardiovascular elevado, nefropatía VIH, CVP superior a 100.000 copias/mL, proporción de CD4 inferior a 14%, edad superior a 55 años y en parejas serodiscordantes con riesgo de transmisión sexual.¹⁴

2.3.1 TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN ECUADOR

En nuestro país, de los casos reportados como VIH/SIDA para el año 2012 se encontraban 13.476 personas en tratamiento con TARGA, de estos 10.576 están a cargo del ministerio de salud pública (MSP), 2.500 pertenecen al instituto ecuatoriano de seguridad social, 300 registrados en Fuerzas Armadas, y 100 a Policía Nacional. De los 10.576 pacientes dependientes del MSP el 65,6% pertenecen a Guayas, 15,6% a Pichincha, 5,0% a Manabí, 3,9% a Esmeraldas, 2,7% a El Oro, y 2,6% a Los Ríos.⁶²

2.4 LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Hipócrates ya observó que los pacientes a menudo mentían cuando decían haber tomado sus medicinas. Desde entonces muchos profesionales han dejado testimonio sobre ésta y otras conductas relacionadas con la adherencia. A partir de 1950, el estudio de la adherencia adquiere mayor interés empírico, posiblemente motivado por el incremento en la prevalencia de las enfermedades crónicas y la importancia que adquiere el paciente en el manejo de su tratamiento.^{23,73,95}

Numerosos estudios que aparecen desde ese momento ponen de manifiesto una serie de consecuencias negativas asociadas al incumplimiento de las prescripciones de salud, las cuales se pueden agrupar en cuatro grandes apartados:

- Incremento de los riesgos, la morbilidad y la mortalidad.
- Aumento de la probabilidad de cometer errores en el diagnóstico y en el tratamiento.
- Incremento del coste sanitario.
- Desarrollo de sentimientos de insatisfacción y problemas en la relación que se establece entre el profesional y el paciente.

En la bibliografía anglosajona suelen emplearse, habitualmente, dos términos indistintamente para hacer referencia a la puesta en práctica de las recomendaciones de salud o terapéuticas: “compliance” (cumplimiento) y “adherence” (adherencia), aunque el término adherencia se emplea mucho más quizás porque el término cumplimiento implícitamente parece denotar una actitud pasiva del paciente.⁹⁵

A pesar de no existir unanimidad a la hora de definir adherencia, una de las definiciones más aceptada es la que dieron Epstein y Clauss, en el año 1985. Para estos autores la

adherencia o el cumplimiento es “La coincidencia entre el comportamiento de una persona y los consejos de salud y prescripciones que ha recibido”.⁹⁵

El concepto de adherencia o cumplimiento al tratamiento hace referencia a una gran diversidad de conductas. Entre ellas se incluyen desde tomar parte en el programa de tratamiento y continuar con el mismo, hasta desarrollar conductas de salud, evitar conductas de riesgo, acudir a las citas con los profesionales de la salud tomar correctamente la medicación y realizar adecuadamente el régimen terapéutico.^{23,73,95}

Además de implicar una diversidad de conductas y cambios de conducta, la adherencia puede ocurrir en cualquier momento (al inicio, durante o al finalizar un programa terapéutico) o circunstancias (ej: el paciente se adhiere bien a la recomendación de no consumir alcohol cuando está en casa, pero los fines de semana la incumple), o a ciertas prescripciones o recomendación, pero no a otras (ej: un diabético insulín dependiente se puede adherir bien a las inyecciones de insulina, pero no a la dieta prescrita).^{23,73,95}

Por lo tanto, al hablar de la adherencia, se está haciendo referencia a un fenómeno múltiple, porque son muchas las conductas que en ella se incluyen, y complejo, porque se puede dar en un momento, pero no en otro; en unas circunstancias, pero no en otras y a una parte del tratamiento, pero no a otras.^{23,73,95}

Así, la adherencia debe verse como el resultado de un proceso complejo que se desarrolla a través de diferentes etapas: aceptación del diagnóstico, percepción de la necesidad de realizar el tratamiento de forma correcta, motivación para hacerlo, disposición y adquisición de habilidades para llevarlo a cabo, capacidad de superar las barreras o dificultades que aparezcan, y el mantenimiento de los logros alcanzados con el paso del tiempo. Por lo tanto, debe considerarse como un estado, más que como una

variable de rasgo, y en lugar de pensar en ella como un fenómeno de todo o nada, se debe ver como una serie de conductas dinámicas.^{23,73,95}

2.5 LA ADHERENCIA A LA TARGA

El objetivo de la terapia de gran actividad (TARGA) es la supresión profunda y duradera de la replicación viral. Es conocido que, diariamente, el VIH produce alrededor de 1.010 virones en cada persona infectada. Si no se asegura la existencia de concentraciones terapéuticas de los fármacos, suficientes para inhibir esta replicación, la aparición de resistencias es altamente probable. Entre los numerosos factores que pueden contribuir a la no consecución de los objetivos terapéuticos deseados destaca, por su necesidad, la adherencia incorrecta al tratamiento.^{1, 15, 81, 89, 101, 102}

La adherencia al tratamiento antirretroviral puede definirse como: “la habilidad de los PVVs en la elección, comienzo, manejo y mantenimiento de la combinación farmacológica con el fin de controlar la replicación viral del virus y mejorar su sistema inmune” o como “la capacidad del paciente de implicarse correctamente en la elección, inicio y control del tratamiento antirretroviral, que permita mantener su cumplimiento riguroso con el objetivo de conseguir una adecuada supresión viral”.^{1, 15, 81, 89, 101, 102}

2.6 MEDIDA DE LA ADHERENCIA

Evaluar la adherencia a la TARGA de forma precisa no es una tarea sencilla. A pesar de la necesidad de una medición rigurosa de la adherencia a la TARGA, hasta el momento, no existe un método ideal para evaluarla, por lo que es recomendable emplear más de una estrategia. El método ideal debería ser altamente sensible y específico, permitir una medida cuantitativa y continua, ser fiable y reproducible, rápido y económico.^{12,81}

Además de no existir un método ideal para evaluar la adherencia, su medida presenta otras dos dificultades:

- 1.- La cantidad mínima de la TARGA que el paciente necesita ingerir para conseguir la máxima eficacia del tratamiento no está claramente establecido, aunque los porcentajes más aceptados oscilan entre 90% y 95%.^{12, 81}
- 2.- La TARGA suele estar formado por varios medicamentos, por lo que es necesario estimar la adherencia a cada uno de ellos.^{12,81}

Aunque en muchas investigaciones se trata a la adherencia a la TARGA como una variable dicotómica (adherencia vs. no adherencia), la adherencia es una variable continua que puede oscilar entre un porcentaje de 0 a más de 100, dado que en alguna ocasión los pacientes puede ingerir más de la medicación prescrita.^{12,81}

Los métodos existentes para evaluar la adherencia se pueden agrupar en dos grandes grupos: técnicas directas y técnicas indirectas. Las técnicas directas están representadas, casi exclusivamente, por la determinación directa del fármaco en plasma. Aunque se considera el método más objetivo, la gran variedad intra e inter individuales existentes, dificultan la interpretación de los resultados y el establecimiento de un umbral estándar que permita clasificar a los pacientes.^{12,81}

Por otro lado, al precisar para su determinación la presencia de expertos en la materia, hace que constituya un método poco práctico para poderlo aplicar de forma sistemática en la atención diaria de los pacientes, así como un método más caro y que no informa de la adherencia a un determinado fármaco los días o semanas previas a la determinación.^{12,81}

2.6.1 TÉCNICAS INDIRECTAS

Las técnicas indirectas son varias, en ellas se incluyen:

- **AUTOINFORME:** Es la medida más empleada para medir la adherencia a la TARGA, porque es una estrategia fácil de emplear, de bajo coste y, además, se puede utilizar en una gran variedad de situaciones, tanto clínicas como de investigación. Entre sus inconvenientes se encuentran que suele sobrestimar la adherencia y que evalúa la adherencia en un momento distinto de cuando se produjo, por lo que variables como la deseabilidad social, los olvidos y el estado de ánimo puede afectar a los resultados. Existen múltiples cuestionarios; posiblemente el más empleado es la escala ACTG “adherence questionnaire”. Entre los cuestionarios validados en población española se encuentran el SERAD y SMAQ.^{20,39,45,70}
- **DISPOSITIVO ELECTRÓNICO DE MONITORIZACIÓN:** Consiste en un tapón que tiene incorporado un microprocesador que detecta el día y la hora en que éste se abre. Aunque aporta una información muy detallada, entre sus inconvenientes se encuentran: el elevado coste del sistema y que sólo es aplicable a pacientes motivados (requiere el transporte de envases grandes en todo momento). Por otro lado, a pesar de su precisión, es posible manipular los resultados, dado que la apertura del envase no implica necesariamente la ingesta de la medicación.¹⁰⁴
- **REGISTRO DE DISPENSACIÓN DE MEDICACIÓN:** Es un sistema sencillo ya que, en el momento actual, los fármacos antirretrovirales son especialidades farmacéuticas de uso hospitalario, correspondiendo su dispensación a los servicios de farmacia hospitalaria. Los registros se realizan de forma rutinaria, independientemente de que se aborden estudios de adherencia. No obstante, hay que tener en cuenta que disponer de la medicación no implica necesariamente tomarla o hacerlo de forma adecuada, si bien, el no acudir al

servicio de farmacia, de forma regular, suele predecir significativamente un problema de adherencia. Aunque no acudir a recoger la medicación, también puede indicar otros motivos, como un ingreso hospitalario o la posibilidad excepcional de que el paciente obtenga los medicamentos antirretrovirales de otra forma diferente a la dispensación personalizada en el servicio de farmacia (ej. Compartir medicamentos con su pareja, otros familiares o entorno social).^{2,58,85}

- **RECuento DE MEDICACIÓN SOBRANTE:** Aunque este método es difícil de aplicar ya que requiere, por una parte, la voluntad del paciente de devolver la medicación sobrante y, por otra, la disponibilidad de personal suficiente en el servicio de farmacia para contar las unidades devueltas algunos autores, tras comparar este método con otros métodos indirectos encuentran que es el que permite obtener resultados más fiables.^{2,58,85}
- **CARGA VIRAL:** Muchos estudios han encontrado una correlación elevada entre el descenso de la carga viral y la adherencia al tratamiento cuando ésta ha sido evaluada por otro método. Si bien, el no alcanzar la supresión de la replicación viral o una vez alcanzada, observar un rebrote de la misma, puede deberse no sólo a la falta de adherencia, sino, también, a un fracaso terapéutico. Por otro lado, algunos pacientes pueden omitir dosis de determinados fármacos de la combinación y obtener resultados favorables a corto plazo. Además, la situación clínica y el resultado virológico e inmunológico no deberían considerarse métodos de estimación de la adherencia, sino, más bien, una consecuencia de ésta. En este sentido, los estudios de adherencia deberían considerar, sistemáticamente, la relación entre sus resultados y los resultados virológicos de forma prospectiva.^{2,33,41,58,70}

- **DATOS ANALÍTICOS:** Algunos datos analíticos obtenidos de rutina pueden hacer sospechar de un mal cumplimiento. Por ejemplo, la zidovudina produce elevación del volumen corpuscular medio o la didanosina aumenta los niveles de ácido úrico. En pacientes tratados con alguno de estos fármacos, y que no sufran alteraciones de estos parámetros, se debe sospechar de una baja adherencia. Sin embargo, en el momento actual, estos métodos no son manejables por presentar diversos inconvenientes, entre otros, que no permiten cuantificar el grado de cumplimiento, la existencia de variabilidad interindividual a estas alteraciones analíticas y la necesidad de controlar otros factores que también puedan alterar los parámetros bioquímicos mencionados, además de no proporcionar información de otros antirretrovirales de la combinación antirretroviral prescrita.^{2,58}

2.6.2 MODELOS TEÓRICOS

Inicialmente, la adherencia se intentó describir desde características de personalidad y variables socio-demográficas. Desde esta perspectiva, la adherencia es considerada como una tendencia consustancial de la persona y, por consiguiente, relativamente estable y difícil de modificar. Aunque las características de la personalidad y las variables socio-demográficas juegan un papel importante como variables moderadoras o de confusión, de la adherencia este punto de vista pronto demostró ser insuficiente.^{3,24,61}

Posteriormente, se intentó ofrecer una explicación desde modelos operantes, focalizados en los estímulos ambientales o claves para provocar la acción, en las consecuencias reforzantes del seguimiento de prescripciones y en la influencia de los procedimientos de moldeamiento o aproximaciones sucesivas para el desarrollo de estas conductas.

Aunque más ajustados que los anteriores, estos modelos, por sí solos, también resultaron insuficientes. Esta insuficiencia llevó a recurrir a modelos de salud.^{2,58}

Los modelos teóricos que se han empleado más frecuentemente en los estudios sobre adherencia son el modelo de Creencias de Salud y la Teoría de la Auto-eficacia de la Teoría Cognitiva Social. Específicamente diseñado para abordar la adherencia al tratamiento antirretroviral es el Modelo de Información- Motivación y Habilidades.^{2,58}

Los modelos teóricos que se han empleado más frecuentemente en los estudios sobre adherencia son el modelo de Creencias de Salud y la Teoría de la Auto-eficacia de la Teoría Cognitiva Social. Específicamente diseñado para abordar la adherencia al tratamiento antirretroviral es el Modelo de Información- Motivación y Habilidades.^{35,36}

2.6.2.1 MODELO INFORMACIÓN-MOTIVACIÓN Y HABILIDADES

Este modelo, propuesto por Fisher con el fin de comprender, predecir y promover la adherencia a la TARGA, parte de la idea de que poseer información relacionada con la adherencia, motivación y habilidades comportamentales para manejar el tratamiento farmacológico son elementos esenciales para la adherencia a la TARGA en pacientes VIH reactivo. En este sentido, estos autores sostienen que si los pacientes están bien informados, motivados y poseen habilidades comportamentales para actuar correctamente es más probable que consigan, con el paso del tiempo, mantener la adherencia y los beneficios del tratamiento.²⁴

Aunque los elementos centrales del modelo son información, motivación y habilidades, ciertas situaciones, circunstancias y características individuales, así como variables culturales pueden actuar, también, como variables moderadoras o de confusión, y afectar, dependiendo de su intensidad, a la adherencia.²⁴

Entre sus ventajas cabe citar que es un modelo sencillo y específico, ya que se ha creado, inicialmente, para explicar la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad, pero puede adaptarse bien para explicar la adherencia en otras patologías. Su sencillez y especificidad favorecen el diseño de intervenciones destinadas a incrementar la adherencia. En este sentido, varios estudios que han empleado este modelo a la hora de explicar la adherencia al tratamiento antirretroviral obtienen que las habilidades y la motivación juegan un papel importante a la hora de explicar la adherencia, aunque otra de los variables clave del modelo, la información, por si sola, no parece desempeñar un papel significativo en el incremento de la adherencia. Así, varios estudios, aunque sin estar enmarcados dentro de este modelo, sostienen que la adherencia está más relacionada con las creencias del paciente sobre su salud, enfermedad y el tratamiento que sobre la información que le han proporcionado.²⁴

Entre sus limitaciones se encuentran la ausencia de variables contextuales y de recursos que pueden estar moderando el efecto de, por ejemplo, la motivación, las cuales, a su vez, pueden explicar cómo en un paciente informado, motivado y con habilidades puede disminuir la adherencia a largo plazo.²⁴

2.7 CONDICIONANTES DE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA

Otra vía a la hora de intentar explicar la adherencia es determinar las variables asociadas a la misma. De forma general se han identificado muchas. En este sentido Haynes³² llegó a citar más de doscientas variables que podían relacionarse con la adherencia. En relación a la adherencia al tratamiento antirretroviral, las distintas variables identificadas se podrían englobar en siete grandes grupos:

2.7.1 CONDICIONANTES SOCIODEMOGRÁFICAS

Dentro de las variables socio-demográficas asociadas a la adherencia a la TARGA una de las más estudiadas es el sexo. Aunque los resultados no son unánimes, diversos estudios han encontrado una peor adherencia en mujeres que en hombres.^{47,781}

Las diferencias encontradas en esta variable se han atribuido a factores hormonales, a las diferencias en el peso, a la morfología corporal, a la absorción y al metabolismo, a variables socioeconómicas, a la incidencia de trastornos psiquiátricos, al consumo activo de sustancias tóxicas y a la aparición de efectos secundarios. En relación a la asociación entre adherencia, sexo y trastorno mental, varios estudios hallan una incidencia de depresión y mayor frecuencia de tratamiento psiquiátrico en mujeres que en hombres.^{38,81}

La edad es otra variable socio-demográfica frecuentemente asociada con la adherencia a la TARGA. La edad parece ser un factor potenciador de la adherencia. En este sentido, varios autores han encontrado que a menor edad, peor es la adherencia, registrándose una tasa más alta de adherencia en la edad media de la vida.^{30,38}

Un nivel cultural o académico bajo también se asocia, de forma significativa, con una peor adherencia.^{76,74} Contar con un trabajo estable se asocia a mejor adherencia.^{43,66}

Aunque la pobreza puede considerarse una variable asociada a la mala adherencia terapéutica, Mills tras realizar un meta-análisis comparando la adherencia al tratamiento en África Subsahariana y Norteamérica, llegan a la conclusión que la pobreza, en sí misma, no afecta a la adherencia. Siendo otras las variables asociadas a los bajos niveles de ingresos, tales como: la relación terapéutica pobre entre el profesional y el usuario, la depresión no tratada y el abuso de sustancias, las cuales, entre otras, son las

responsables de la baja adherencia entre personas de bajo nivel económico en Norteamérica.⁵⁹

Las minorías étnicas y la inmigración también se suelen asociar a una peor adherencia debida, en gran medida, a la concurrencia de precariedad social y económica, así como al desarraigo cultural y afectivo en un marco de discriminación y vacíos legales. Algunas variables predictoras de mala adherencia a la TARGA, como la falta de domicilio fijo, la elevada movilidad y la falta de soporte social, son comunes a las de otros grupos en situación de exclusión social; si bien se ven agravadas por barreras lingüísticas, culturales y legales.^{44,50,58,59,81,96}

2.7.2 CONDICIONANTES DE LA INFECCIÓN

La vía de contagio es otra de las variables que se ha asociado a una peor adherencia. Varios autores obtienen una adherencia significativamente peor en los pacientes que han contraído la infección por el consumo de drogas por vía endovenosa frente a otra vía.^{16,38,97}

El estadio de la infección también se asocia a la adherencia en algunos estudios. En este sentido, en un estudio de Monforte⁶⁰ hallaron que las personas diagnosticadas de sida se adhieren significativamente más que aquellas en las que la infección no ha progresado hasta sida. Así mismo, McDonnell⁵⁵ observó que al incrementar la percepción de severidad en los pacientes, aumenta la adherencia y, por lo tanto, cuando su estado de salud es peor, incrementa la adherencia. Sin embargo, esta afirmación sólo se cumple cuando la salud del paciente no está muy deteriorada.

El tiempo de infección es otra variable ligada a la adherencia aunque con resultados contradictorios, ya que mientras varios autores obtienen que aquellos pacientes que

llevan menos tiempo infectados son los que presentan mejor cumplimiento, otros, por el contrario, encuentran un porcentaje de abandono del tratamiento mayor entre los pacientes sin tratamiento.^{1,43}

2.7.3 CONDICIONANTES DEL TRATAMIENTO

Las reacciones adversas a los antirretrovirales es una variable identificada en diversas investigaciones como la causa más importante de abandono y déficit en la adherencia antirretroviral, llegando a explicar el 35% de la varianza de la no adherencia.^{38,55,76,88}

Las creencias, al inicio del tratamiento, sobre potenciales efectos secundarios, también se han encontrado asociados a una peor adherencia.^{40,60,83}

La pauta antirretroviral, asimismo, afecta a la adherencia como han puesto de manifiesto algunos autores.^{48,74,96} Como era de esperar, la simplificación del tratamiento se asocia a una mejor adherencia y a un mayor grado de satisfacción.⁷⁷

Las distintas asociaciones de antirretrovirales también se han identificado como agentes responsables de la adherencia diferencial entre los pacientes. El mayor número de efectos secundarios asociados a unas pautas terapéuticas frente a otras es el motivo principal que achacan los autores a esta adherencia diferencial.^{48,74,96}

2.7.4 CONDICIONANTES DE INTERACCIÓN

La interacción que se establece entre el profesional de salud y el paciente desempeña un papel importante en la adherencia a la TARGA.¹⁰³

Entre las variables que parecen jugar un papel más destacado con la adherencia están: la confianza, la continuidad, la accesibilidad, la confidencialidad, el suministro de información detallada y acorde al nivel cultural del paciente, la toma de decisiones

conjuntas y la calidad de la relación terapéutica.¹⁰³ Algunos estudios han identificado como principal barrera para la adherencia al tratamiento antirretroviral el temor a ser estigmatizado, si se conoce su condición de VIH/SIDA, por su familia, amigos o compañeros de trabajo. Esto hecho favorece el que los pacientes se salten dosis, especialmente cuando se encuentran acompañados de otras personas con el fin de evitar ser descubiertos.¹⁰⁶

La falta de apoyo de su pareja y el tener hijos a su cargo también se ha asociado con una peor adherencia.^{1,48,106}

2.7.5 DEPENDENCIAS

Varios estudios muestran que el policonsumo, el consumo de drogas ilegales, los antecedentes de adicción a drogas, los años de consumidor de drogas o el consumo diario de alcohol se asocian a una peor adherencia.^{16,36,38,97}

2.7.6 COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA

La incidencia de enfermedad psiquiátrica es una de las variable que varios estudios han identificado ligada a una peor adherencia.^{1,38,48}

La prevalencia de enfermedad psiquiátrica grave se encuentra significativamente elevada entre la población VIH positivos (5.2–22), frente a la población general VIH negativo (0.3–0.4 %).³ Las entidades psiquiátricas observadas con más frecuencia en pacientes con infección por VIH son:

- a) La depresión mayor.
- b) El trastorno bipolar.
- c) Los trastornos de personalidad.
- d) El consumo de drogas.

e) Los trastornos del ánimo.

Se estima que en más del 50% de los pacientes se dan síntomas depresivos al inicio del tratamiento antirretroviral, y la asociación de depresión y mala adherencia se ha relacionado con una mayor mortalidad.³ La depresión mayor se observa con una frecuencia siete veces superior que en la población similar VIH. Además, la existencia de síntomas de depresión no sólo disminuye la adherencia, sino que también retrasa el inicio del TARGA, que sólo se ve compensado si se recibe algún tipo de tratamiento antidepresivo, aumentando la adherencia con el aumento de las visitas a un centro de salud mental.³

La Personalidad: Es un conjunto de factores típicos de conducta que caracterizan la adaptación del individuo a las situaciones de su vida. Es la peculiar estructura interior, constante y propia de cada uno, conforme a la cual se organiza todo el ser. Es la variable individual que constituye a cada persona y la diferencia de otra. Es el conjunto de características psicológicas que posee cada persona y que determina su forma de comportamiento.⁵⁷

CONDICIONANTES DE LA PERSONALIDAD

FACTORES ORGÁNICOS: se refiere básicamente a la estructura biológica del individuo que a través de su herencia, proceso de maduración, influencia hormonal, sistema nervioso y su constitución biotípica van a determinar una personalidad específica.⁵⁷

FACTORES PSICOLÓGICOS O PERSONALES: Son aquellas disposiciones personales las cuales tienen una carga afectiva que lucha por satisfacer necesidades tales como poder ser alimentado, tendencia sexual, necesidad de amar y ser amado, experimentar una esperanza, vivenciar una frustración; va a formar una personalidad.⁵⁷

FACTORES AMBIENTALES.- Puede ser los naturales o físicos, culturales y sociales, por lo tanto el medio físico influye con su paisaje, el clima, la altura, la presión atmosférica, etc. El medio social lo hace a través de la familia, la comunidad, la región, la nación, etc.⁵⁷

TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

- A. **TRASTORNO POR ANSIEDAD:** Es aquel estado de aprensión, de temerosa incertidumbre o de miedo producido por una amenaza anticipada, la cual va acompañada de síntomas físicos.⁵⁷
- B. **TRASTORNOS SOMATOFORMES:** Son aquellos estados en los cuales se caracteriza por la presencia de síntomas físicos a los que no se les puede encontrar base orgánica. Se sabe que surgen los factores psicológicos.⁵⁷
- C. **TRASTORNO DISOCIATIVO:** Estos provocan generalmente perturbaciones o peculiaridades en la memoria también se llama Neurosis histérica de tipo disociativo.⁵⁷
- D. **TRASTORNO DE ESTADO DE ÁNIMO:** Se les llama sin, trastornos afectivos. Se caracteriza por las dificultades del estado de ánimo, ya sea tristeza excesiva a lo opuesto, excitación frenética y júbilo. (Trastorno depresivo, trastorno bipolar y trastorno maniaco-depresivo).⁵⁷
- E. **RASGOS DE LA PERSONALIDAD:** Son patrones inadaptados de conducta que aparecen a temprana edad, se van arraigando con el tiempo y no son considerados como anormales por las personas que los muestran.

Hay que indicar que un estilo de personalidad se vuelve un trastorno ante características como la inflexibilidad, o la incapacidad de la persona de adaptarse a las circunstancias que se les van presentando.⁵⁷

- Rasgos de personalidad paranoide.
- Rasgos de personalidad antisocial
- Rasgos de personalidad compulsiva
- Rasgos de personalidad dependiente
- Rasgos de personalidad depresiva
- Rasgos de personalidad ansiosa
- Rasgos de personalidad anancástica
- Rasgos de personalidad atípica

MECANISMOS DE DEFENSA

Son aquellos mediante los cuales transforma o adapta los deseos, sentimientos, objetos de repulsa en manifestaciones diversas, con menor peligro para el equilibrio psicológico. Para liberar la presión y la ansiedad, el ego emplea estos mecanismos los cuales se forman inconscientemente y de los que sólo el modo particular de actuar y comportarse es observable. Estos mecanismos, además de liberar al ego de las tensiones, mantienen la autoestima. Aportan cierto nivel de satisfacción y evitan la activación del conflicto. Entre los principales mecanismos de defensa podemos destacar los siguientes:⁵⁷

Formaciones reactivas: Tienen lugar cuando el impulso que produce la ansiedad es negado y sustituido por uno opuesto que resulta por lo tanto aceptable. Constituye uno de los mecanismos más tempranos en su aparición y uno de los más frágiles.⁵⁷

Regresión: Supone un regreso a etapas anteriores del desarrollo, cuando la satisfacción del impulso que ahora experimenta no representaba una cuestión punible.⁵⁷

Represión: Es el rechazo de las experiencias conscientes que se consideran vergonzosas, punibles y dolorosas. No es necesario que hayan tenido lugar de forma real ya que puede tratarse de pensamientos, sensaciones y deseos.⁵⁷

Proyección: Presupone una actitud llena de prejuicios y moralistas extremos, considera que son los otros quienes merecen castigo por sostener tales deseos o ideas.⁵⁷

Fijación: Suele producirse en edades infantiles si los problemas resultan demasiado aplastantes. El niño opta por volver a una etapa en que la existencia no presentaba tales complejidades y a ella suele recurrir cada vez que a lo largo de su vida, se encuentre ante problemas a los que no quiere o no puede enfrentarse.⁵⁷

Sublimación: Consiste en la transformación de los deseos, libidinales o agresivos, en intereses y actividades socialmente aceptables.⁵⁷

TRASTORNOS DE ADAPTACIÓN

Definición: Se tratan de estados de malestar subjetivo acompañados de alteraciones emocionales que por lo general interfieren con la actividad social y que aparecen en el período de adaptación a un cambio biográfico significativo o a un acontecimiento vital estresante.⁵⁷

ETIOLOGÍA

En la etiología de este tipo de trastornos, y según la definición actual de los mismos, la existencia de un anterior trastorno de personalidad o un trastorno orgánico mental pasivo, pueden aumentar la vulnerabilidad al estrés. La organización de la personalidad y las normas culturales o grupales desempeñan un papel importante en las respuestas desproporcionadas ante agentes estresores.⁵⁷

La base de estos trastornos radica en el concepto de trauma como sobrecarga psíquica, con un sentimiento total o parcial de desamparo unido a inhibiciones. En los Trastornos de Adaptación el agente causante de estrés está dentro de la experiencia humana normal, la respuesta es desproporcionadamente intensa y la sobrecarga es sorprendente, pero la alteración es moderada y temporal.⁵⁷

La CIE-10 excluye los agentes estresantes de tipo inusual o catastrófico y hace alusión a la predisposición individual. Señala que el riesgo de aparición y la forma de expresión de las manifestaciones de los trastornos de adaptación están determinados de modo importante por una predisposición o vulnerabilidad individual.⁵⁷

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Según la CIE-10 las manifestaciones clínicas del trastorno de adaptación son muy variadas e incluyen: humor depresivo, ansiedad, preocupación (o una mezcla de todas ellas); sentimiento de incapacidad para afrontar los problemas, de planificar el futuro o de poder continuar en la situación presente y un cierto grado de deterioro del cómo se lleva a cabo la rutina diaria. El malestar o el deterioro de la actividad se manifiestan frecuentemente a través de una disminución del rendimiento en el trabajo o en la escuela y con cambios temporales en las relaciones sociales. Sus manifestaciones acaban generando cierta incapacidad para la actividad social o laboral. Ninguno de los síntomas es por sí solo de suficiente gravedad o importancia como para justificar un diagnóstico más específico.⁵⁷

DIAGNÓSTICO Y CODIFICACIÓN

Criterios para el diagnóstico de trastornos adaptativos según el DSM IV.⁵⁷

A. La aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable tiene lugar dentro de los 3 meses siguientes a la presencia del estresante.

B. Estos síntomas o comportamientos se expresan, clínicamente del siguiente modo:

(1) Malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante.

(2) Deterioro significativo de la actividad social o laboral (o académica).

C. La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno específico.

D. Los síntomas no responden a una reacción de duelo.

E. Una vez que ha cesado el estresante (o sus consecuencias), los síntomas no persisten más de 6 meses.

SUBTIPOS Y ESPECIFICACIONES SEGÚN EL DSM IV

En el DSM IV los trastornos adaptativos son codificados de acuerdo con el subtipo que mejor caracteriza los síntomas predominantes.⁵⁷

F43.20 Con estado de ánimo depresivo: Este subtipo debe usarse cuando las manifestaciones predominantes son síntomas del tipo del estado de ánimo depresivo, llanto o desesperanza.

F43.28 Con ansiedad: Este subtipo debe usarse cuando las manifestaciones predominantes son síntomas como nerviosismo, preocupación o inquietud; o, en los niños, miedo a la separación de las figuras con mayor vinculación.

F43.22 Mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo: Este subtipo debe usarse cuando las manifestaciones dominantes son una combinación de ansiedad y depresión.

F43.24 Con trastorno de comportamiento: Este subtipo debe usarse cuando la manifestación predominante es una alteración del comportamiento, en la que hay una violación de los derechos de los demás o de las normas y reglas sociales apropiadas a la edad.

F43.25 Con alteración mixta de las emociones y el comportamiento: Este subtipo debe usarse cuando las manifestaciones predominantes son tanto síntomas emocionales (p. ej., depresión y ansiedad) como trastorno de comportamiento (v. subtipo anterior).

F43.9 No especificado: Este subtipo debe usarse para las reacciones desadaptativas (p. ej., quejas somáticas, aislamiento social, inhibición académica o laboral) a estresantes psicosociales que no son clasificables como uno de los subtipos específicos de trastorno adaptativo.

CONDICIONANTES PSICOSOCIALES

Entre las variables psicosociales relacionadas con la adherencia, posiblemente la más estudiada es el apoyo social. Varios autores encuentran una asociación entre la falta de apoyo y la no adherencia. Por otro lado, en pacientes VIH positivo, el bajo apoyo social se ha asociado a una peor salud percibida, más dolor, un peor funcionamiento físico, una mayor dificultad en las actividades diarias, mayor distrés relacionado con la salud y un peor funcionamiento cognitivo. La cantidad y disponibilidad de apoyo social y familiar, así como la satisfacción con éste, se asocia significativamente con los estados de salud y calidad de vida percibida en las personas infectadas.^{27-29,34,53}

Otras variables psicosociales que se han relacionado con la adherencia, son:

- La auto-eficacia.¹⁴
- La motivación y el contar con habilidades de manejo de la medicación.^{1,5}
- Las creencias personales sobre el tratamiento.¹⁴
- Las relacionadas con el tratamiento farmacológico.²⁹

REACCIONES DE LAS PERSONAS FRENTE AL DIAGNÓSTICO DE VIH/SIDA:

Cualquier enfermedad crónica impacta la vida cotidiana de los afectados tanto en sus relaciones sociales (la opinión que tienen los demás para ellos), como en el sentido de sí mismo (su opinión de ellos mismos).^{25,46}

Determinantes: Las reacciones de cada individuo hacia la enfermedad se determinan y formulan por:

1. Ambiente social
2. Ambiente cultural
3. Ambiente ideológico de la biografía de la persona.

Por ende, la enfermedad se vuelve algo privado, influyendo en el individuo mismo y su identidad. Se describe que la enfermedad crónica es “la traición de la confianza fundamental en el cuerpo”. Así, la creencia de los individuos en cuanto a la posibilidad de superar enfermedades y síntomas, se ve limitada definitivamente; el individuo tiene que entrar en una nueva fase de vida sin salida y adoptar el rol del enfermo para siempre.^{25,46}

Características de la respuesta: Una de las primeras descripciones acerca del modo de reaccionar del individuo después del diagnóstico de una enfermedad peligrosa, describió las reacciones bajo la forma de una sucesión, identificando las siguientes:

- a) **Choque inicial:** el individuo se asombra, tiene un comportamiento automático y se siente fuera de la realidad como un observador; esto puede durar desde algunos días, hasta algunas semanas y es más intenso cuando la situación llega de improviso.^{25,46}

- b) **Yuxtaposición:** se caracteriza por una desorganización del pensamiento y un sentido de pérdida, de luto y de desesperación.^{25,46}
- c) **Retroceso:** el individuo tiende a utilizar la negación y la evasión para manejar la realidad, la cual se forma progresiva “se establece” en su vida y la modifica hasta que gradualmente el individuo comprende lo que le sucede y empieza a adaptarse.^{25,46}

Se ha descrito que una vez que un individuo es diagnosticado como VIH-seropositivo, entra a un nuevo mundo donde la persona que se ha contagiado no está enferma, pero se siente como enfermo, presintiendo las mismas amenazas, peligros y miedos que quienes se encuentran en la etapa de manifestación de la enfermedad. La vida cotidiana gira entorno a continuos encuentros y visitas al hospital, contacto con asociaciones o profesionales de la salud. Este choque inicia un periodo crucial, un periodo de discusión.^{25,46}

Utilidad: El diagnóstico de una enfermedad crónica o amenazante constituye el inicio de un largo procedimiento de adaptación, el cual se puede considerar como una crisis. Esta adaptación depende de las estrategias de enfrentamiento al estrés que usa el individuo. El instante del diagnóstico es sumamente importante, ya que frecuentemente determina la marcha del futuro de la persona con VIH y señala el comienzo de un nuevo proceso; considerando lo anterior, es una crisis que influye en muchos sectores de la vida de las personas. Además se relaciona con muchos aspectos de la infección como la adherencia o no.^{25,46}

3. CAPÍTULO III

3.1 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de estudio fueron pacientes mayores de edad, con diagnóstico establecido de VIH/SIDA, que acuden a la consulta externa del servicio de la unidad de atención integral de personas viviendo con VIH del Hospital Enrique Garcés en tratamiento con TARGA.

3.2 CALCULO DE LA MUESTRA

Para el cálculo del tamaño de muestra se utilizó la prevalencia de no adherencia a la TARGA, la misma que oscila entre el 14.4 y el 26% en población ecuatoriana según la guía del MSP⁵⁸, por lo que en términos generales aceptaremos un valor intermedio de de 20%, con un nivel de confianza del 95% y una precisión de 5%.

Esto significa que necesitamos una muestra de 198 personas para estimar con un 95% de confianza la prevalencia de no adherencia, no alejándose más del 5% del verdadero porcentaje del universo. Trabajamos en el estudio con 202 pacientes con lo cual reducimos el porcentaje de error a 4,93%.

3.3 TIPO DE ESTUDIO:

Estudio analítico de corte. Se clasificó a las personas investigadas en dos grupos:

ADHERENTES: Todos los pacientes en tratamiento con TARGA, que asisten a la consulta externa de la unidad de atención integral de personas viviendo con VIH del Hospital Enrique Garcés, que estén reportados como adherentes por la evaluación contenida en el registro de dispensación y consejería al momento del inicio del estudio, y, que tras someterlos a la escala SMAQ sean catalogados como tal.

NO ADHERENTES: Todos los pacientes en tratamiento con TARGA, que asisten a la consulta externa de la unidad de atención integral de personas viviendo con VIH del Hospital Enrique Garcés, que estén reportados como mal adherentes por la evaluación contenida en el registro de dispensación y consejería al momento del inicio del estudio, o aquellos pacientes que no siendo reportados inicialmente como mal adherentes tras someterlos a la escala SMAQ sean catalogados como tal.

3.4 VARIABLES

3.4.1 OPERAZIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	TIPO	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA	CATEGORIAS
Adherencia a TARGA	Dependiente	Grado de cumplimiento que tiene el paciente en su terapia antirretroviral y que se relaciona con la efectividad del tratamiento para lograr supresión viral, en un periodo determinado.	<p>1. Escala SMAQ. (Ver Anexo 1).</p> <p>El cuestionario es dicotómico, cualquier respuesta en el sentido de no adherente se considera no adherente.</p> <p>2. Registro de enfermería: paciente que conste como no adherente en el registro de dispensación y consejería de la unidad de atención integral de personas viviendo con VIH del Hospital Enrique Garcés.</p>	Cualitativo.	<p>Adherente: paciente que conteste “no” a las preguntas cualitativas 1, 3 y 4 y conteste “sí”, a la pregunta cualitativa 2, además, en las preguntas cuantitativas tenga máximo una dosis olvidada en la última semana y máximo 1 día de olvido en los últimos 3 meses y no constar en el de dispensación y consejería de la unidad de atención integral de personas viviendo con VIH del Hospital Enrique Garcés.</p> <p>No adherente: paciente que conteste “sí”, a las preguntas cualitativas 1, 3 y 4 y conste “no” a la pregunta cualitativa 2, además, en las preguntas cuantitativas tenga "más de dos dosis olvidadas en la última semana" y/o "más de dos días sin medicación en</p>

					los últimos tres meses" y/o constar en el registro de dispensación y consejería de la unidad de atención integral de personas viviendo con VIH del Hospital Enrique Garcés.
Sexo	Independiente	Características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres.	Características sexuales secundarias.	Cualitativa	Hombre Mujer
Edad	Independiente	Lapso transcurrido desde el nacimiento hasta el instante o periodo que se estima de la existencia de una persona.	Edad en años cumplidos hasta la fecha.	Cuantitativa	18 – 35 años. 36 – 64 años. Mayor o igual 65 años.
Etnia	Independiente	Conjunto de personas que pertenece a una misma raza y, generalmente, a una misma comunidad lingüística y cultural.	Grupo étnico al cual el paciente se auto identifica.	Cualitativo.	Indígena. Montubio. Blanco. Mestizo. Afro descendiente. Mulato. Otros.
Genero	Independiente	Identidad sexual, especialmente en relación	Genero a la cual la persona se	Cualitativa	Masculino

		con la sociedad o la cultura.	auto identifique.		Femenino Transgenero masculino Transgénero femenino
Alfabetismo	Independiente	Cualidad o estado de las personas que saben leer y escribir.	Sabe leer y escribir.	Cualitativa.	Alfabeto: sabe leer y escribir. Analfabeto: no sabe leer, ni escribir.
Nivel de escolaridad.	Independiente	Periodo en el cual se asiste a un programa de educación.	Número de años de estudios aprobados.	Cuantitativa	0 años: Ninguna 1 a 3 años: Primaria básica 4 a 7 años: Primaria amplia 8 a 13 años: Secundaria 14 y más: Universitaria o técnica superior.
Situación laboral actual o en los últimos 6 meses.	Independiente	Conjunto de trabajos o acciones organizadas, que son hechos con un fin determinado por una persona, y que en general son remunerados.	Situación actual ocupacional que conlleve remuneración.	Cualitativa.	Trabaja por cuenta propia o con la familia. Trabaja con o para otra persona (tiene empleador). Estudia. Realiza quehaceres domésticos.

					No trabaja.
Con quien vive.	Independiente	Se refiere a la presencia o no de acompañamiento humano en el sitio de residencia.	Personas con las que convive. Definidas como: Solo: sin compañía humana o en la calle. Acompañado: avenencia con padres, familiares, parejas o amigos.	Cualitativo.	Solo. Acompañado.
Estado Civil	Independiente	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que estable ciertos derechos y deberes.	Estado civil al cual el paciente se auto identifique o se verifica en su documento nacional de identificación.	Cualitativo.	Soltero Casado Unión Libre Separado Divorciado Viudo
Lugar de residencia	Independiente	Lugar en que la persona vive en el que ha estado, o tiene indicaciones de estar por algún tiempo	Lugar donde la persona ha vivido durante la mayor parte de los últimos 12 meses (sin incluir ausencias temporales por vacaciones o trabajo) y se refiere a la división política administrativa.	Cualitativa	País. Cantón. Ciudad. Parroquia.
Zona de residencia	Independiente	Término de carácter demográfico-cuantitativo	Cartografía Digital Censal, herramienta proporcionada por	Cualitativa	Área urbana: comprende las localidades o centros

		basado en la agrupación de las localidades o centros poblados de acuerdo a su tamaño poblacional.	el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC).		poblados con una población de 2.500 y más habitantes. Área rural: comprende las localidades o centros poblados de menos de 2.5000 habitantes; incluyendo poblaciones diseminadas.
Apoyo social	Independiente	Posibilidad de contar con personas para comunicarse y recibir demostraciones de amor, cariño y empatía.	Uso de la escala de DUKE-UNC-11 (Anexo 2). Valora apoyo afectivo y confidencial: El apoyo confidencial se valora a través de 5 ítems que se corresponden con las preguntas 2, 3, 5 ,9 y 11 del cuestionario. Para valorar el apoyo afectivo cuenta con 6 ítems que se corresponde con las preguntas 1, 4, 6, 7, 8, y 10 del test.	Cuantitativa	Bajo Apoyo social si el puntaje total es menor de 32. Apoyo social normal si el puntaje total es igual o mayor a 32.
Consumo actual de drogas ilícitas.	Independiente	Uso de sustancias estupefacientes y que según las normativas y leyes del país, su consumo está legislado.	Consumo actual de sustancias estupefacientes ilegales.	Cualitativos	Si. No.
Consumo de	Independiente	Es el hábito producido por el consumo crónico y	Escala CAGE (Anexo 3).	Cuantitativa	Se clasifica según el número

Alcohol		habitualmente progresivo por la ingestión excesiva de alcohol etílico, bien en forma de bebidas alcohólicas o como constituyente de otras sustancias.	<p>Valora criterios consistentes y complementarios de abuso y dependencia del DSM.</p> <p>C: revela los problemas individuales que surgen del abuso.</p> <p>A: Encubre las consecuencias sociales negativas del consumo abusivo de alcohol.</p> <p>G: Los sentimientos de culpa pertenecen a la dimensión psicopatológica del consumo excesivo de alcohol y son realmente frecuentes en estos trastornos.</p> <p>E: Es casi patognomónico de dependencia.</p>	.	<p>de respuestas afirmativas:</p> <p>0-1: Bebedor social.</p> <p>2: Consumo de riesgo (abuso/dependencia).</p> <p>3: Consumo perjudicial.</p> <p>4: Dependencia alcohólica.</p>
Calidad de Vida Relacionada a la salud.	Independiente	Percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus inquietudes.	<p>Escala de calidad de vida relacionada a la salud de Mezzich y Cohen (Anexo 4).</p> <p>El test incluye 10 aspectos relevantes para la evaluación del constructo Calidad de Vida, en orden de la pregunta 1 a la 10: bienestar psicológico, bienestar físico, autocuidado y</p>	Cuantitativa	<p>Nivel bajo de calidad de vida relacionada a la salud: un puntaje de 10 a 60.</p> <p>Nivel alto de calidad de vida relacionada a la salud: un puntaje de 60 a 100 puntos.</p>

			funcionamiento independiente, funcionamiento ocupacional, funcionamiento interpersonal, apoyo emocional y social, apoyo comunitario y de servicios, autorrealización o plenitud personal, satisfacción espiritual, y una valoración global de la calidad de vida.		
Causas referidas por el paciente	Independiente	Hipótesis generadas por la población en tratamiento sobre las causas que influyen en el cumplimiento o no de las prescripciones médicas.	Factores que paciente asocia o vincula a su no adherencia.	Cualitativa	Pregunta abierta.
Vía probable de contagio	Independiente	Mecanismo de transmisión de una enfermedad infecciosa, por contacto directo con el agente.	Vías por las cuales se transmite el VIH. Las mismas que pueden ser: Coito sexual. Usuario de drogas intravenosas Transfusiones. Embarazo. Periodo de labor de parto. Parto.	Cualitativa	Sexual. Parenteral. Vertical.

Años de diagnóstico de VIH.	Independiente	Lapso transcurrido desde el diagnóstico inicial hasta el instante o periodo que se le entrevista.	Tiempo en años transcurrido desde el diagnóstico confirmatorio de VIH hasta la fecha.	Cuantitativa	6 meses a 1 año 1 – 5 años. 6 – 10 años. >10 años.
Estadio de enfermedad.	Independiente	Diagnostico basado en las condiciones indicadoras de SIDA, que tienen valor en ausencia de otra inmunodeficiencia y que se suman al conteo de células CD4.	<p>Según la clasificación de la CDC, se reconocen 3 estadios de enfermedad, así:</p> <p>A: se aplica a la infección primaria y a los pacientes asintomáticos con o sin linfadenopatía generalizada persistente.</p> <p>B: se aplica a los pacientes que han presentado síntomas relacionas con el VIH pero no que se encuadren dentro de la categoría C.</p> <p>C: aplica a los pacientes que han presentado algunos de los cuadros incluidos en la definición de SIDA.</p> <p>De igual manera, según el nivel de CD4, se identifican 3 grupos más:</p>	Cuantitativa	A1,2,3 B1,2,3 C1,2,3.

			1: más de 500/ul de CD4 2: entre 499 y 200/ul de CD4 3: menos de 199/ul de CD4.		
Carga Viral	Independiente	Corresponde a la cantidad de virus replicativo o latente que está presente en un individuo infectado, se mide a nivel de suero.	Número de copias del VIH por mililitro de sangre.	Cuantitativo	Detectable: valor umbral de carga viral detectable según el laboratorio. No detectable: valor menor al umbral de carga viral que detecta la técnica referida por el laboratorio.
Conteo de CD4	Independiente	Corresponde a la cantidad de linfocitos denominados CD4 que están presentes en un individuo infectado.	Número de linfocitos CD4 por mililitro de sangre.	Cuantitativo	<200/ul 200 a 500/ul >500/ul
Educación en VIH/SIDA.	Independiente	Información que ha recibido por parte del médico y/o personal de salud, sobre la enfermedad y el tratamiento.	Derecho a ser informado sobre su enfermedad y que el paciente lo auto refiere según considere haya sido informado o no a satisfacción.	Cualitativo.	Si. No.
Años en tratamiento	Independiente	Lapso transcurrido desde el inicio de la terapia hasta el instante o periodo que se le entrevista.	Tiempo en años transcurrido desde el inicio de tratamiento con esquema TARGA hasta la fecha.	Cuantitativa	6 meses a 1 año 1 – 5 años. 6 – 10 años. >10 años.

Reacciones adversas reportadas por el médico.	Independiente	Cualquier respuesta a un medicamento que sea nociva y no intencionada, y que tenga lugar a dosis que se apliquen normalmente en el ser humano para profilaxis, el diagnóstico o el tratamiento de enfermedades, o para la restauración, corrección o modificación de las funciones fisiológicas.	Eventos adversos reportados por el paciente y documentados en la bibliografía como producidos por el medicamento y así identificado por el personal de salud.	% número de casos.	Si. No.
Reacciones adversas identificadas por el paciente.		Reacción identificada por el paciente en relación a la toma de medicación.	Eventos adversos atribuidos por el paciente, pero no documentados en la bibliografía como producidos por el medicamento y por lo tanto negados por el personal de salud.	% número de casos.	Si. No.
Tipo de esquema	Independiente	Grupo de fármacos asociados con el objetivo de abarcar un mismo tratamiento.	Esquemas terapéuticos establecidos por la Guía Ecuatoriana de manejo de pacientes con VIH/SIDA.	% número de casos.	Preferido: Inhibidor nucleótido de la transcriptasa reversa + inhibidor no nucleótido de la transcriptasa reversa. Alternativo: Inhibidor nucleótido de la transcriptasa reversa + Inhibidor de la proteasa.

					Otro.
Pauta posológica	Independiente	Establece el régimen de distribución de las dosis, el horario de las tomas, el momento adecuado para hacerlo.	Número de tomas del esquema terapéutico que tiene el paciente al día.	Cuantitativa	Cada día. Dos veces al día. Tres veces al día.
Número de pastillas.	Independiente	Es el total de pastillas que consume cada día un paciente en TARGA.	Numero de tabletas ingeridas según el esquema terapéutico.	Cuantitativa	1 Tableta - 2 Tabletas. 3 Tabletas - 4 Tabletas. 5 Tabletas - 6 Tabletas. 8 Tabletas.
Comorbilidad Física no asociada a VIH	Independiente	Coexistencia de cualquier otra patología de carácter somático sobreañadida a la infección por VIH y que no es dependiente de ella.	Diagnóstico de enfermedad no asociada a VIH según la clasificación del CDC e identificada por el personal de salud.	Cualitativo	Si. No.
Comorbilidad Física asociada a VIH	Independiente	Coexistencia de cualquier otra patología de carácter somático sobreañadida a la infección por VIH dependiente de ella.	Diagnóstico de enfermedad asociada a VIH según la clasificación del CDC e identificada por el personal de salud.	% número de casos.	Si. No.
Comorbilidad Psíquica	Independiente	Toda patología que abarque síntomas emocionales y/o afecte el bienestar psicológico o trastornos mentales	Uso del Cuestionario de salud general de Golberg "GHQ-12" (Ver Anexo 5). Evalúa la situación actual del	Cualitativo	0 a 4 puntos : ausencia de psicopatología 5 a 6 puntos: sospecha de psicopatología subumbral

		comunes en la población general (ansiedad y depresión, disfunción social y pérdida de la confianza y autoestima), que se sobrepongan al diagnóstico de VIH.	examinado, recorre cuatro áreas psiquiátricas fundamentales: Depresión: Preguntas 1, 2, 3. Ansiedad: Preguntas 4, 5, 6. Inadecuación social: 7, 8, 9. Hipocondría: 10, 11, 12.		7 a 12 puntos: indicativo de presencia de psicopatología
Demencia	Independiente.	Pérdida o debilitamiento de las facultades mentales, generalmente grave y progresivo debido a la edad o a una enfermedad, que se caracteriza por alteraciones de la memoria y la razón y trastornos en la conducta.	Uso del cuestionario mini mental test (Anexo 6). Valora los siguientes parámetros: 1. Orientación en tiempo: Preguntas 1, 2, 3, 4 y 5. 2. Orientación en lugar: Preguntas 6, 7, 8, 9 y 10. 3. Memoria: Pregunta 11. 4. Atención y cálculo: Pregunta 12. 5. Evocación: Pregunta 13. 6. Nominación: Pregunta 14 y 15. 7. Repetición: Pregunta 16. 8. Comprensión: Pregunta 17. 9. Lectura: Pregunta 18. 10. Escritura: Pregunta 19. 11. Dibujo: Pregunta 20.	Cuantitativa	Se interpreta, así: Entre 30 y 27: Sin deterioro. Entre 26 y 25: Dudoso o posible deterioro. Entre 24 y 10: Demencia leve a moderada. Entre 9 y 6: Demencia moderada a severa. Menos de 6: Demencia severa.

3.5 CRITERIOS DE SELECCION

3.5.1 CRITERIOS DE INCLUSION:

- Pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA que se atiendan en unidad de atención integral de personas viviendo con VIH del Hospital Enrique Garcés.
- Recibiendo TARGA.
- Mayores o igual a 18 años.
- Disponer de al menos dos determinaciones de carga viral y dos conteos de CD4, sin importar el tiempo inter muestra. .

3.5.2 CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Paciente que al momento de inicio del estudio no se encuentren en TARGA.
- Pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA gestantes o pediátricos.

3.6 FUENTE Y RECOLECCION DE INFORMACIÓN

Se sometió a una entrevista personalizada para llenar la encuesta confeccionada, la misma que se aplicó de manera dirigida y con un método de muestreo no probabilístico, se administró a los pacientes que acudían a la consulta asignada previamente en horario de la mañana y que tras aceptar y firmar el consentimiento informado se sometían a la misma. Además, para los datos inmuno virológicos se revisó las historias clínicas de los pacientes encuestados en la unidad de atención integral para personas que viven con el virus PVVs.

Encuesta de recolección de datos, que incluyen los siguientes TEST:

- a. Test SMAQ de Adherencia (Anexo 1).

- b. Test de DUKE UNC: 11 – Valoración de apoyo social (Anexo2).
- c. Test CAGE de alcoholismo (Anexo 3).
- d. Test de Calidad de Vida relacionada a la salud de Mezzich y Cohen (Anexo 4).
- e. Test de Psicopatología de Golberg: GHQ12 (Anexo 5).
- f. Minimental Test (Anexo 6).

Además se realizó una prueba piloto por parte del investigador, en los pacientes de consulta externa de unidad de atención integral para personas que viven con el virus PVVs y se observó que durante el llenado de la encuesta los Test de Golberg y Mini Mental debían ser direccionados, además se observó que durante la revisión de historias clínicas se obtuvieron la totalidad de las variables inmuno virológicas de estudio en el formato de recolección de muestra.

3.7 PLAN DE ANALISIS DE DATOS:

La recolección de datos se realizara de la siguiente forma:

- Fuente primaria: Durante los meses de julio a octubre de 2014, se seleccionará por muestreo aleatorio simple a los pacientes infectados con VIH/SIDA en TARGA por lo menos de 6 meses de duración, que asistirán a la unidad de atención integral de personas viviendo con VIH del Hospital Enrique Garcés; previo consentimiento informado procederán a responder un cuestionario estructurado de la siguiente manera.

Consta de las siguientes partes:

- A. Datos de filiación: preguntas elaboradas por el investigador y que evalúan sexo, edad, etnia, género, alfabetismo, nivel de escolaridad, situación laboral, con quien vive, estado civil, lugar de residencia, zona de residencia.

- B. Adherencia: Fueron catalogados los pacientes que cumplan los criterios de inclusión como adherentes o no adherentes en base a la evaluación contenida en el registro de dispensación y consejería de la unidad de atención integral de personas viviendo con VIH del Hospital Enrique Garcés y Escala SMAQ.⁴ Además se solicita escoja y expliquen la o las causas por la cual justifiquen su mala adherencia.
- C. Apoyo social: corresponde al cuestionario de apoyo social funcional de Duke UNC 11.⁹¹
- D. Hábitos: Investiga sobre el consumo actual de drogas ilícitas y el consumo de alcohol a través de la escala CAGE.⁵¹
- E. Calidad de vida: Corresponde al índice de calidad de vida relacionado a la salud de Mezzich y Cohen.⁸⁶
- F. Conocimiento sobre la enfermedad: Preguntas elaborados por el investigador y evalúan la información recibida por el paciente y brindada por el personal de salud y las reacciones adversas presentados hacia los medicamentos antiretrovirales y reportadas así por el paciente.
- G. Valoración de psicopatología: Corresponden al test de Salud General de Golberg de 12 variables⁶⁴ y al mini metal test.⁸⁰
- H. Datos de Historia clínica: Parámetros obtenidos de la historia clínica de los pacientes participantes del estudio previa su autorización, así, vía de contagio, años de diagnóstico de VIH, estadio de la enfermedad al diagnóstico, carga viral inicial y actual, conteo de CD4 inicial y final, años en tratamiento, tipo de esquema, pauta terapéutica, número de pastillas, comorbilidades físicas no asociadas al VIH, comorbilidades físicas asociadas al VIH, reacciones adversas

a la TARGA referidas por el médico tratante. La interpretación de datos se realizará de la siguiente forma:

3.8 PROCESAMIENTO Y ANALISIS ESTADÍSTICO

Los datos fueron codificados y analizados utilizando el programa EPI INFO, versión 7,0 en un ordenador personal, utilizando Windows como sistema operativo.

En el análisis univariado se determinó la frecuencia de todas las variables estudiadas y se utilizó para las variables cualitativas porcentajes, promedios, medianas, para las variables cuantitativas se utilizó porcentajes.

Posteriormente, la relación entre las variables independientes y la no adherencia será contrastada, así; para el cruce entre variables cualitativas utilizamos el Odds Ratio (OR), el chi cuadrado e intervalos de confianza del 95% (IC95%) y para el cruce de variables cualitativa con cuantitativas utilizamos diferencias de promedios y ANOVA.

Para el análisis multivariado, se realizará un análisis de regresión logística con modelaje paso a paso. Como medida de asociación, se utilizará el OR con IC 95%; se establecerá un nivel de significación estadística $p < 0,05$.

3.9 ASPECTOS BIOETICOS:

Los investigadores declaran no tener conflicto de interés.

El tipo de diseño de este estudio al ser analítico de corte de fuente primaria tipo encuesta y secundario revisión de historias clínicas no representa riesgos ni físicos, ni fisiológicos para las personas estudiadas.

Esta investigación fue aprobada por el comité de investigación y ética del Hospital Dr. Enrique Garcés Quito – Ecuador.

Se mantuvo la confidencialidad de la información además no se usó nombres o número de historias clínicas para evitar el mal uso de la información, se utilizó el sistema de codificación, en el cual se usó solo las dos primeras letras de los dos nombres y los apellidos del paciente.

4. CAPITULO IV RESULTADOS

4.1 DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

En el presente estudio hay una mayor prevalencia de hombres (61,39%). La revisión por género revela que un tercio de población es transgénero femenino (30,69%). La edad es valorada según grupos etarios siendo el más prevalente el de edad adulta (69,31%). (Ver tabla 1).

Tabla 1. Distribución por sexo, género y edad de PVVS. HEG, Quito 2014.

Variables	No (n)	%
Sexo (n=202)		
Hombre	124	61,39%
Mujer	78	38,61%
Género (n=202)		
Masculino	77	38,12%
Femenino	63	31,19%
Transgenero Femenino	62	30,69%
Edad (n=202)		
Joven adulto	59	29,21%
Adulto	140	69,31%
Adulto Mayor	3	1,49%

Fuente: base de datos.
Elaboración: Autor.

La mayoría de la población estudiada es de etnia mestiza (79,70%). Cercana de la totalidad de la población son alfabetos (96,04%), con un nivel de escolaridad predominante secundaria (50,26%). Además, un poco más de la mitad de la población es dependiente pues trabaja para otra persona (58,91%) y aproximadamente un cuarto de población no trabaja (23,17%). (Ver Tabla 2).

Tabla 2. Distribución de Etnia, Alfabetismo, Nivel de escolaridad, Situación Laboral de PVVS. HEG, Quito 2014.

Variables	No (n)	%
Etnia (n=202)		
Indígena	8	3,96%
Montubio	8	3,96%
Blanco	15	7,43%
Mestizo	161	79,70%
Afro ecuatoriano	8	3,96%
Mulato	2	0,99%
Alfabetismo (n=202)		
Analfabeto	8	3,96%
Alfabeto	194	96,04%
Nivel de Escolaridad (n=202)		
Primaria	43	22,05%
Secundaria	98	50,26%
Técnico	3	1,54%
Superior	51	26,15%
Situación Laboral (n=202)		
Trabaja para él	28	13,86%
Trabaja para otra persona	119	58,91%
Estudiante	2	0,99%
Quehaceres Doméstico	6	2,97%
No Trabaja	47	23,27%

Fuente: base de datos.
Elaboración: Autor.

En estado civil hay un predominio de solteros (43,56%). (Ver Tabla 3)

Tabla 3. Distribución de Estado Civil de PVVS. HEG, Quito 2014.

Variables	No (n)	%
Estado Civil (n=202)		
Soltero	88	43,56%
Casado	41	20,30%
Unión Libre	37	18,32%
Separado	10	4,95%
Divorciado	10	4,95%
Viudo	16	7,92%

Fuente: base de datos.
Elaboración: Autor

La mayoría de pacientes son ecuatorianos (99,01%) con apenas dos personas de nacionalidad colombiana (0,99%). La mayoría proviene de ciudades con un tiempo de viaje menor a 3 horas al sitio de consulta (92,57%). (Ver Tabla 4)

Tabla 4. Distribución de País, Ciudad, Zona de residencia de PVVS. HEG, Quito 2014.

Variables	No (n)	%
País (n=202)		
Colombia	2	0,99%
Ecuador	200	99,01%
Ciudad (n=202)		
Ciudades menor de 3h	187	92,57%
Ciudades mayor de 3h	15	7,43%
Zona de residencia (n=202)		
Rural	32	15,84%
Urbano	170	84,16%

Fuente: base de datos.

Elaboración: Autor.

4.2 CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS

Cerca del 4% son consumidores de drogas. La escala CAGE muestra que la mayoría de pacientes son bebedores sociales (90,10%), seguidos en orden decreciente por consumo de riesgo, consumo perjudicial y dependencia. (Ver Tabla 5).

Tabla 5. Consumo de drogas y consumo de alcohol de PVVS. HEG, Quito 2014.

Variables	No (n)	%
Consumo drogas (n=202)		
Si	8	3,96%
No	194	96,04%
Consumo alcohol (n=202)		
Bebedor Social	182	90,10%
Consumo de Riesgo	10	4,95%
Consumo Perjudicial	6	2,97%
Dependencia	4	1,98%

Fuente: base de datos

Elaboración: Autor.

4.3 INFORMACIÓN PROPORCIONADA POR EL PERSONAL DE SALUD (RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE)

El 93% de los encuestados reportan haber sido informados sobre la enfermedad por parte del personal de salud (médico, enfermera y/o psicólogo), el 6,93% lo niega.

4.4 CARACTERISTICAS PSICOSOCIALES

Con respecto a las variables Psicosociales se desprenden los siguientes datos. Tres cuartos de la población en estudio vive acompañada y un cuarto vive sola (75,25% vs 24,75%). Concomitante se refleja una superioridad en el reporte de personas con un alto apoyo social en comparación a las que reportan un bajo apoyo (77,23% vs 22,77%).

La calidad de Vida alcanza un alto porcentaje en su acápite de calidad de vida alta (93,56%). (Ver Tabla 6).

Tabla 6. Factores Psicosociales de PVVS: HEG, Quito 2014.

Variables	No (n)	%
Acompañamiento (n=202)		
Solo	50	24,75%
Acompañado	152	75,25%
Test de DUKE de Apoyo Social (n=202)		
Alto apoyo Social	156	77,23%
Bajo apoyo Social	46	22,77%
Test de Mezzich y Cohen de calidad de vida relacionada a la salud (n=202)		
Alta calidad de vida	189	93,56%
Baja calidad de vida	13	6,44%

Fuente: base de datos.
Elaboración: Autor.

4.5 CARACTERISTICAS PSICOPATOLOGICAS

En el test de Goldberg la mayoría de población tuvo ausencia de psicopatología (81,19%), seguida de porcentajes inferiores de presencia de psicopatología y sospecha de psicopatología.

En relación a demencia (Test Minimental) una mayoría de pacientes presentan dudosa o demencia leve (16,83% y 39,60% respectivamente). (Ver Tabla 7).

Tabla 7. Factores de Psicopatología de PVVS. HEG, Quito 2014.

Variables	No (n)	%
Test de Golberg Psicopatología (n=202)		
Ausencia de Psicopatología	164	81,19%
Presencia de Psicopatología	22	10,89%
Sospecha de Psicopatología	16	7,92%
Mini Mental (n=202)		
Demencia leve	80	39,60%
Dudoso deterioro	34	16,83%
Sin deterioro	88	43,56%

Fuente: base de datos.
Elaboración: Autor.

4.6 CARACTERÍSTICAS INMUNO VIROLÓGICAS

Se valora una mayor frecuencia de paciente con 5 años o menos de diagnóstico sobre los de más de 6 años (60,89% vs 39,11%). La única vía de contagio descrita es la vía sexual (100%), se describen 8 grupos de estadio de la enfermedad que evidencian que el de mayor frecuencia es la presentación tardía con 46,04% sumados los estadios 3A, 3B y 3C.

Las cargas virales al inicio de la enfermedad son reportadas en una mayoría sobre más de 1.000 copias (78,11%), el reporte de la última carga viral en una supremacía en no detectable (85,64%).

Los CD4 de inicio tienen una leve tendencia de superioridad a ser de más de 200 (54,46%), y en el último control existe un valor que evidencia una mayoría de CD4 sobre el valor de 200 (89,60%). (Ver Tabla 8).

**Tabla 8. Factores Viroológicos/inmunológicos y propios de la enfermedad de PVVS.
HEG, Quito 2014.**

Variables	No (n)	%
Años de Diagnóstico (n=202)		
5 años o menos	123	60,89%
6 años o más	79	39,11%
Vía de Contagio (n=202)		
Vía Sexual	202	100,00%
Estadios de la Enfermedad (n=202)		
1A	13	6,44%
1B	1	0,50%
2A	60	29,70%
2B	21	10,40%
2C	14	6,93%
3A	19	9,41%
3B	30	14,85%
3C	44	21,78%
Carga Viral Inicial (n=202)		
Más de 1.000	157	78,11%
Menos de 1.000	44	21,89%
Carga Viral Final (n=202)		
Detectable	29	14,36%
No detectable	173	85,64%
CD4 Inicial (n=202)		
200 o más	110	54,46%
Menos de 200	92	45,54%
CD4 Final (n=202)		
200 o más	181	89,60%
Menos de 200	21	10,40%

Fuente: base de datos.
Elaboración: Autor.

4.7 FACTORES DE LA TERAPÉUTICA DE PVVS

En la investigación existe un mayor predominio en cuanto a los pacientes con 5 años o menos de tratamiento (67,33%). Dentro de los esquemas utilizados para el tratamiento se describe que el de mayor consumo es el de ITIAN + ITINAN (72,77%). Por otro lado dentro de la pauta terapéutica existe un mayor número de pacientes que utiliza el método de una toma al día (63,86%), a su vez el número de pastilla que los pacientes utilizan dentro del tratamiento en su gran mayoría son de una pastilla (63,37%). Con

respecto a la RAM reportada por pacientes se evidencia una ligera mayoría hacia la negativa dentro de este ítem (55,94%). En la variable RAM reportada por el médico se detalla un predominio de negatividad (90,59%). (Ver tabla 9).

Tabla 9. Factores de la Terapéutica de PVVS. HEG, Quito 2014.

Variables	No (n)	%
Años de tratamiento (n=202)		
5 años o menos	136	67,33%
6 años o más	66	32,67%
Tipo de Esquema (n=202)		
ITIAN + ITINAN	147	72,77%
ITIAN + IP	53	26,24%
Otros	2	0,99%
Pauta Terapéutica (n=202)		
Una vez al día	129	63,86%
Dos veces al día	73	36,14%
Número de pastilla (n=202)		
1	128	63,37%
2	11	5,45%
3	9	4,46%
4	2	0,99%
5	38	18,81%
6	14	6,93%
RAM reportada por el paciente (n=202)		
Si	89	44,06%
No	113	55,94%
RAM reportada por el médico (n=202)		
Si	19	9,41%
No	183	90,59%

Fuente: base de datos.

Elaboración: Autor.

4.8 FACTORES CLÍNICOS DE PVVS.

Se puede evidenciar que una discreta mayoría de pacientes no presenta comorbilidad no asociada al VIH/SIDA (68,81%). Al contrario la comorbilidad asociada a VIH/SIDA casi es equitativa con una ínfima mayoría hacia no presentarla (55,45%). (Ver Tabla 10)

Tabla 10. Factores Clínicos de PVVS. HEG, Quito 2014.

Variables	No (n)	%
Comorbilidades No asociadas al VIH (n=202)		
Si	63	31,19%
No	139	68,81%
Comorbilidades asociadas al VIH (n=202)		
Si	90	44,55%
No	112	55,45%

Fuente: base de datos.

Elaboración: Autor.

4.9 FACTORES DESCRITOS POR PVVS.

Son varios los motivos que pudieron escoger los participantes como causa descrita por ellos para el no consumo de TARGA. En orden decreciente los escogieron así; auto-reporte de diversas causas para no consumir la TARGA (27,23%), auto-reporte de olvido (16,34%), auto-reporte de dificultad horaria para consumo de la TARGA (9,41%) y auto-reporte de no tener la voluntad de consumir la TARGA (2,97%). (Ver Tabla 11).

Tabla 11. Factores descritos por las PVVS. HEG, Quito 2014.

Variables	No (n)	%
Auto-reporte de olvido para consumo de TARGA (n=202)		
Si	33	16,34%
No	169	83,66%
Auto-reporte de tener dificultad de horario (n=202)		
Si	19	9,41%
No	183	90,59%
Auto-reporte de no tener voluntad de consumo (n=202)		
Si	6	2,97%
No	196	97,03%
Auto-reporte de diversas causas para no consumo (n=202)		
Si	55	27,23%
No	147	72,77%

Fuente: base de datos.

Elaboración: Autor.

4.10 ANALISIS BIVARIAL

4.10.1 FRECUENCIA DE ADHERENCIA

Según los reportes de dispensación de enfermería se indica que un poco más de la mitad (55,94%) de los participantes son descritos como adherentes

Según la escala SMAQ, un poco menos de la mitad (49,01%) de los pacientes son reportados como adherentes.

Al tener dos modos de evaluación, se calculó el índice Kappa para valorar la concordancia inter observadores y se obtuvo valor de concordancia de 0,54%, con significancia estadística ($p < 0,001$). (Ver Tabla 12)

Tabla 12. Adherencia a TARGA de PVVS según reporte de enfermería y escala SMAQ. HEG, Quito 2014.

Variables	No	%	IC95%	Valor p
Adherencia Enfermería (n=202)				
Adherente	113	55,94	48,80-62,90	
No Adherente	89	44,06	37,10-51,20	
Adherencia Escala SMAQ (n=202)				
Adherente	99	49,01	41,9-56,1	
No Adherente	103	50,99	43,88-58,1	
Concordancia Interpruebas				
Índice de Kappa		0,54	0,43-0,66	<0,001

Fuente: base de datos.

Elaboración: Autor.

4.10.2 FACTORES DEMOGRAFICOS ASOCIADOS A ADHERENCIA

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre sexo, género y edad con adherencia. A pesar de esto se encontró que los hombres presentaron mayor adherencia que las mujeres (OR 1,55). El género masculino presenta mayor adherencia (53,25%) que los transgénero femeninos y femenino, que presentan frecuencias de adherencia similares.

Según edad la diferencia de promedios entre adherentes y no adherentes no fue estadísticamente significativa (3,46); los adultos y adultos mayores son más adherentes que los jóvenes adultos (OR 1,6). (Ver Tabla 13)

Tabla 13. Sexo, Edad y Etnia asociados a adherencia de PVVS. HEG, Quito 2014.

Variables	Adherente (n=99)		No adherente (n=103)		OR	(IC95%)	Valor de p
	No	%	No	%			
Sexo (n=202)							
Hombre (n=124)	66	53,23	58	46,77	1,55	(0,87-2,74)	0,085
Mujer (n=78)	33	42,31	45	57,69			
Género (n=202)							
Masculino (n=77)	41	53,25	36	46,75			0,58
Femenino (n=63)	28	44,44	35	55,56			
Transgenero Femenino(n=62)	30	48,39	32	51,61			
Edad (n=202)							
Promedio (DE)	39,77	11,7)	36,31	(9,3)	Dif 3,46	(0,53-6,4)	0.057
Mediana (RIQ)	37,0	(31-51)	34,0	(29,5-42)			
Adulto/Adulto Mayor	75	52,45	68	47,55	1,60	(0,87-2,97)	0.08
Joven Adulto	24	40,68	35	59,32			

Fuente: base de datos.
Elaboración: Autor.

No se encontró tampoco diferencias estadísticamente significativas por etnia y escolaridad. Sin embargo los indígenas ya afrodescendientes presentaron menor adherencia (OR: 0,50).

Las diferencias de nivel de escolaridad entre adherentes y no adherentes es pequeña (0,73) y son menos adherentes los de educación básica e intermedia (OR: 0,59).

En situación laboral, presentaron mayor adherencia la población sin ocupación. (OR: 1,11). (Ver Tabla 14).

Tabla 14. Etnia, Nivel de escolaridad y situación laboral asociados a adherencia de PVVS. HEG, Quito 2014.

Variables	Adherente (n=99)		No adherente (n=103)		OR	(IC95%)	Valor de p
	No	%	No	%			
Etnia (n=202)							
Indígena/Mulato Montubio/Afrodescendiente	9	34,62	17	65,38	0,50	(0,21-1,19)	0,08
Mestizos/Blancos	90	51,14	86	48,86			
Niv Escolaridad (n=202)					Dif		
Promedio (DE)	11,32	(4,25)	10,59	(4,01)	0,73	(-0,41-1,87)	0,19
Mediana (RIQ)	12,0	(8,5-15,5)	12,0	(6,0-12,0)			
Básica/Intermedia Superior	68 31	45,64 58,49	81 22	54,36 41,51	0,59	(0,31-1,12)	0,07
Situación Laboral (n=202)							
No Ocupado	24	51,06	23	48,94	1,11	(0,57-2,13)	0,43
Ocupado	75	48,39	80	51,61			

Fuente: base de datos.

Elaboración: Autor.

No hubo diferencia significativa, pero las personas sin pareja son más adherentes (OR: 1.2). (Ver Tabla 15).

Tabla 15. Estado Civil asociado a adherencia de PVVS. HEG, Quito 2014.

Variables	Adherente (n=99)		No adherente (n=103)		OR	(IC95%)	Valor de p
	No	%	No	%			
Estado Civil (n=202)							
No Unidos	63	50,81	61	49,19	1,20	(0,68-2,12)	0,3
Unidos	36	46,15	42	53,85			

Fuente: base de datos.

Elaboración: Autor.

No se encontró tampoco diferencias estadísticamente significativas por zona de residencia, sin embargo es de denotar que el 48,50% de ecuatorianos y el 100% de colombianos son adherentes. Además, el grupo de pacientes encuestados que viven en

ciudades menores a 3 horas de viajes son mas adherentes (OR: 2.83), y las personas de áreas rurales son menos adherentes (OR: 0.57). (Ver Tabla 16).

Tabla 16. Zona de residencia asociada a adherencia de PVVS. HEG, Quito 2014.

Variables	Adherente (n=99)		No adherente (n=103)		OR	(IC95%)	Valor de p
	No	%	No	%			
País (n=202)							
Colombia	2	100,00	0	0,00			0,23
Ecuador	97	48,50	103	51,50			
Ciudad (n=202)							
Ciudades menor a 3h de viaje	95	50,80	92	49,20	2,83	(0,87-9,23)	0,06
Ciudades mayor a 3h de viaje	4	26,67	11	73,33			
Zona Residencia (n=202)							
Rural	12	37,50	20	62,50	0,57	(0,26-1,24)	0,10
Urbana	87	51,18	83	48,82			

Fuente: base de datos.

Elaboración: Autor.

4.10.3 FACTORES DE CONSUMO ASOCIADOS A ADHERENCIA

No ha y variables de consumo con significancia estadística, sin embargo, los pacientes consumidores de drogas son menos adherentes (OR: 0,61), y los de menor consumo alcohólico son más adherentes (OR: 1.89). (Ver Tabla 17).

Tabla 17. Consumo de droga y alcohol asociados a adherencia de PVVS. HEG, Quito 2014.

Variables	Adherente (n=99)		No adherente (n=103)		OR	(IC95%)	Valor de p
	No	%	No	%			
Consumo de Droga (n=202)							
Si	3	37,50	5	62,50	0,61	(0,14-2,63)	0,38
No	96	49,48	98	50,52			
Test de CAGE (n=202)							
Consumo Liviano	92	50,55	90	49,45	1,89	(0,72-4,97)	0,13
Consumo Pesado	7	35,00	13	65,00			

Fuente: base de datos.

Elaboración: Autor.

4.10.4 INFORMACION BRINDADA POR EL PERSONAL DE SALUD SOBRE LA ENFERMEDAD ASOCIADOS A ADHERENCIA

Sin significancia estadística, pero los pacientes que reciben información por parte del personal de salud son más adherentes (OR: 2.55) (Ver Tabla 18).

Tabla 18. Información brindada por el personal de salud sobre la enfermedad y adherencia de PVVS (relación médico paciente). HEG, Quito 2014.

Variables	Adherente (n=99)		No adherente (n=103)		OR	(IC95%)	Valor de p
	No	%	No	%			
Información por parte del Médico (n=202)							
Si	95	50,53	93	49,47	2,55	(0,77-8,43)	0,09
No	4	28,57	10	71,43			

Fuente: base de datos.
Elaboración: Autor.

4.10.5 FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A ADHERENCIA.

En las variables psicosociales la Calidad de Vida alta posee significancia estadística y se asocia a adherencia (OR: 3.44). Las otras variables no poseen significancia estadísticas, pero se evidencia que las personas que viven solas son menos adherentes (OR: 0,94), y los pacientes con alto apoyo social son mas adherentes (1.68). (Ver Tabla 19).

Tabla 19. Factores Psicosociales y adherencia de PVVS. HEG, Quito 2014.

Variables	Adherente (n=99)		No adherente (n=103)		OR	(IC95%)	Valor de p
	No	%	No	%			
Con Quien vive (n=202)							
Solo	24	48,00	26	52,00	0,94	(0,50-1,79)	0,49
Acompañado	75	49,34	77	50,66			
Test de Duke (n=202)							
Alto Apoyo	81	51,92	75	48,08	1,68	(0,89-3,28)	0,08
Bajo Apoyo	18	39,13	28	60,87			
Calidad de Vida (n=202)							
Alta Calidad	96	50,79	93	49,21	3,44	(0,91-2,89)	0,04
Bajo Calidad	3	23,08	10	76,92			

Fuente: base de datos.

Elaboración: Autor.

4.10.6 FACTORES PSICOPATOLOGICOS ASOCIADOS A ADHERENCIA.

En Psicopatología con significancia estadística, la presencia de demencia se asocia a no adherencia (OR: 0.57). Y sin significancia estadística pero de importancia la ausencia de psicopatología se asocia a adherencia (OR: 1,84). (Ver Tabla 20).

Tabla 20. Factores Psicopatológicos asociados a adherencia de PVVS. HEG, Quito 2014.

Variables	Adherente (n=99)		No adherente (n=103)		OR	(IC95%)	Valor de p
	No	%	No	%			
Test de Golberg Psicopatología (n=202)							
No Psicopatología	85	51,83	79	48,17	1,84	(0,89-3,81)	0,06
Psicopatología	14	36,84	24	63,16			
Mini Mental (n=202)							
Demencia	49	42,98	65	57,02	0,57	(0,32-1,00)	0,03
No Demencia	50	56,82	38	43,18			

Fuente: base de datos.

Elaboración: Autor.

4.10.7 FACTORES VIROLOGICOS/INMUNOLOGICOS ASOCIADOS A ADHERENCIA

En los factores inmuno virológicos la detectabilidad de carga viral posee significancia estadística hacia no adherencia (OR: 0.22). El resto de variables no poseen significancia estadística. A pesar de esto se describe que el 100% de los encuestados tuvieron como ruta de contagio la vía sexual. No hubo diferencia estadísticamente significativa en el promedio de años de diagnóstico (-0,23) entre adherentes y no adherentes, además se asocia a no adherencia a los pacientes con 5 o menos años de diagnóstico (OR: 0.97). Los estadios tempranos de la enfermedad son más adherentes (OR: 1.44), pacientes con cargas virales mayores a 1.000 copias son más adherentes (OR: 1,50).

No hubo diferencias estadísticamente significativas en el promedio de CD4 al inicio (-22.51), ni al final (0.50) entre los pacientes adherentes y no adherentes. Los pacientes con un número de CD4 mayor a 200 se asociaron con adherencia tanto al inicio (OR: 1.09) como al final (OR: 1,64). (Ver Tabla 21)

Tabla 21. Factores virológicos/inmunológicos y propios de la enfermedad asociados a adherencia de PVVS. HEG, Quito 2014.

Variables	Adherente (n=99)		No adherente (n=103)		OR	(IC95%)	Valor de p
	No	%	No	%			
Vía de Contagio (n=202)							
Sexual	99	49,01	103	50,99			1,00
Años de Dx (n=202)					Dif		
Promedio (DE)	4,66	(2,90)	4,89	(2,61)	-0,23	(-0,99-0,53)	0,39
Mediana (RIQ)	4,0	(2,50-7,5)	4,0	(3,5-7,5)			
Igual o menor a 5 años de Dx.	60	48,78	63	51,22	0,97	(0,55-1,71)	0,52
Mayor a 6 años de Dx.	39	49,37	40	50,63			
Estadio de la Enfermedad (n=202)							
Estadio 1/2	58	53,21	51	46,79	1,44	(0,82-2,51)	0,12
Estadio 3	41	44,09	52	55,91			
Carga Viral Inicial (n=202)							
Mayor a 1.000	80	50,96	77	49,04	1,50	(0,76-2,95)	0,15
Menor a 1.000	18	40,91	26	59,09			
Carga Viral Final (n=202)							
Detectable	6	20,69	23	79,31	0,22	(0,08-0,57)	0,00
No Detectable	93	53,76	80	46,24			
CD4 Inicial (n=202)					Dif		
Promedio (DE)	219,35	(136,4)	241,8	(176,68)	-22,51	(-66,4-21,4)	0,65
Mediana (RIQ)	223	(104-315,5)	220	(102-337,5)		(0,62-1,89)	
200 o más CD4	55	50,00	55	50,00	1,09		0,43
Menos de 200 CD4	44	47,83	48	52,17			
CD4 Final (n=202)					Dif		
Promedio (DE)	451,58	(198,98)	451,07	(212,18)	0,50	(-56,61-57,63)	0,86
Mediana (RIQ)	431	(310-556)	429	(304,5-590,5)			
200 o más CD4	91	50,28	90	49,72	1,64	(0,64-4,15)	0,20
Menos de 200 CD4	8	38,10	13	61,90			

Fuente: base de datos.
Elaboración: Autor.

4.10.8 FACTORES TERAPEUTICOS ASOCIADOS A ADHERENCIA.

En los factores terapéuticos, con significancia estadística el tipo de esquema que contenga un ITINAN se asocia a adherencia (OR: 3,55), el consumo de una vez al día se asocia a adherencia (OR: 2,15) y la monodosis se asocia a adherencia (OR: 2,45). Al contrario, sin significancia estadística el promedio de años en tratamiento (-0,17) entre adherentes y no adherentes, con tendencia hacia la no adherencia de los pacientes con 5 o menos años en tratamiento (OR: 0,86). (Ver Tabla 22).

Tabla 22. Factores terapéuticos asociados a adherencia de PVVS. HEG, Quito 2014.

Variables	Adherente (n=99)		No adherente (n=103)		OR	(IC95%)	Valor de p
	No	%	No	%			
Años de tratamiento (n=202)					Dif		
Promedio (DE)	4,21	(2,61)	4,38	(2,60)	-0,17	(-0,89-0,54)	0,65
Mediana (RIQ)	4,00	(2,50-6,00)	4,0	(2,50-6,50)			
5 años o menos	65	47,79	71	52,21	0,86	(0,47-1,55)	0,36
6 años o más	34	51,52	32	48,48			
Tipo de Esquema (n=202)							
ITINAN	84	57,14	63	42,86	3,55	(1,80- 6,99)	0,00
Otros	15	27,27	40	72,73			
Pauta Terapéutica (n=202)							
Una vez/día	72	55,81	57	44,19	2,15	(1,19-3,87)	0,00
Dos veces/día	27	36,99	46	63,01			
Número de pastillas al día (n=202)							
Monodosis	73	57,03	55	42,97	2,45	(1,35-4,42)	0,00
Polidosis	26	35,14	48	64,86			

Fuente: base de datos.
Elaboración: Autor.

Con significancia estadística las RAM reportada por el paciente se asocian a no adherencia (OR: 0,58), por el contrario, sin significancia estadística el reporte de RAM por el médico se asocia a adherencia (OR: 2,44). (Ver Tabla 23)

Tabla 23. RAM referidos por médico y RAM referidos por el paciente asociados a adherencia de PVVS. HEG, Quito 2014.

Variables	Adherente (n=99)		No adherente (n=103)		OR	(IC95%)	Valor de p
	No	%	No	%			
RAM reportadas por el médico (n=202)							
Si	13	68,42	6	31,58	2,44	(0,89-6,70)	0,06
No	86	46,99	97	53,01			
RAM referida por el Paciente (n=202)							
Si	37	41,57	52	58,43	0,58	(0,33-1,02)	0,04
No	62	54,87	51	45,13			

Fuente: base de datos.

Elaboración: Autor.

4.10.9 FACTORES CLINICOS ASOCIADOS A ADHERENCIA.

Ninguno de los factores clínicos tiene significancia estadística, sin embargo, la presencia de comorbilidades físicas no asociadas a VIH/SIDA se asocian a no adherencia (OR: 0,76), y la presencia de comorbilidades físicas asociadas a VIH/SIDA se asocian a adherencia (OR: 1,26). (Ver Tabla 24)

Tabla 24. Factores clínicos asociados a adherencia de PVVS. HEG, Quito 2014.

Variables	Adherente (n=99)		No adherente (n=103)		OR	(IC95%)	Valor de p
	No	%	No	%			
Comorbilidades Físicas no asociadas a VIH (n=202)							
Si	28	44,44	35	55,56	0,76	(0,42-1,39)	0,23
No	71	51,08	68	48,92			
Comorbilidades Físicas asociadas a VIH (n=202)							
Si	47	52,22	43	47,78	1,26	(0,72-2,19)	0,24
No	52	46,43	60	53,57			

Fuente: base de datos.

Elaboración: Autor.

4.10.10 FACTORES DESCRITOS POR LOS PACIENTES CON MAYOR FRECUENCIA ASOCIADOS A ADHERENCIA

En las variables de percepción, con significancia estadística, se encuentra que el auto-reporte de tener dificultad horaria se asocia a no adherencia (OR: 0,10) y el auto-reporte de diversas causas para no consumo se asocia a no adherencia (OR: 0,12). Al contrario, sin significancia estadística, el auto-reporte de olvido para consumo de TARGA se asocia a adherencia (OR: 1,75) y el auto-reporte de no tener voluntad de consumo se asocia a no adherencia (OR: 0,20). (Ver Tabla 25)

Tabla 25. Factores descritos por los pacientes asociados a adherencia de PVVS. HEG, Quito 2014.

Variables	Adherente (n=99)		No adherente (n=103)		OR	(IC95%)	Valor de p
	No	%	No	%			
Auto-reporte de olvido para consumo de TARGA (n=202)							
Si	20	60,61	13	39,39	1,75	(0,81-3,75)	0,10
No	79	46,75	90	53,25			
Auto-reporte de tener dificultad de horario (n=202)							
Si	2	10,53	17	89,47	0,10	(0,02-0,46)	0,00
No	97	53,01	86	46,99			
Auto-reporte de no tener voluntad de consumo (n=202)							
Si	1	16,67	5	83,33	0,20	(0,02-1,74)	0,11
No	98	50,00	98	50,00			
Auto-reporte de diversas causas para no consumo (n=202)							
Si	9	16,36	46	83,64	0,12	(0,05-0,27)	0,00
No	90	61,22	57	38,78			

Fuente: base de datos.
Elaboración: Autor.

4.11 ANALISIS MULTIVARIADO

En el análisis multivariado se asocian con significancia estadística a adherencia el auto-reporte de olvido para consumo de TARGA (OR: 3,57) y las RAM reportadas por el médico (OR: 3,01).

Y se asocian con significancia estadística a no adherencia el auto-reporte de tener dificultad horaria (OR: 0,02), auto-reporte de no tener voluntad de consumo (OR: 0,02), auto-reporte de diversas causas para no consumo (OR: 0,03), los estadios tardíos de la enfermedad (OR: 0,47), esquemas terapéuticos que no contengan ITINAN (OR: 0,25), la RAM reportada por el paciente (OR: 0,14), la presencia de psicopatología (OR: 0,35). (Ver Tabla 26).

Tabla 26. Análisis Multivariable: Variables asociadas a adherencia.

VARIABLES	OR ajustado	95% C.I.		Wald	Valor p
Auto reporte de olvido para consumo de TARGA	3,57	9,61	1,31	6,27	0,01
RAM reportadas por el médico	3,01	6,71	1,35	7,35	0,00
Auto reporte de tener dificultad horaria	0,02	0,12	0,00	18,98	0,00
Auto reporte de no tener voluntad de consumo	0,02	0,29	0,00	8,37	0,00
Auto reporte de diversas causas para no consumo	0,03	0,10	0,01	39,60	0,00
RAM reportadas por el paciente	0,14	0,63	0,03	6,59	0,01
Esquema que no tenga ITINAN	0,25	0,64	0,10	8,46	0,00
Presencia de psicopatología	0,35	0,92	0,13	4,47	0,03
Estadio tardío de la enfermedad	0,47	1,02	0,22	3,59	0,05

Fuente: base de datos.

Elaboración: Autor.

5 CAPITULO V DISCUSION

En el presente estudio no se encontraron diferencias entre los dos métodos de determinación de adherencia; con SMAQ la adherencia fue de 49,0% y según el reporte de dispensación de enfermería 55,9%. Este hallazgo coincide con el reportado por Puigventós F, et.al.⁸¹ quien realizó una revisión sistemática sobre de adherencia de TARGA en 30 estudios y 31 comunicados de congresos, encontrando adherencia que oscilan entre el 50 y el 80%.

A pesar de que las frecuencias encontradas en este estudio son similares la concordancia interpruebas fue moderada (KAPPA 0,54). En este sentido Casotti J. et. al.⁹ plantea que no es posible comparar porcentajes de diferentes estudios; ya que los resultados difieren por los diferentes diseños, métodos de medición y definiciones de adherencia usadas y además por el diferente contexto psicosocial de cada población.

Los hallazgos anteriores son la razón por la que varios autores recomiendan que lo idóneo es utilizar combinaciones de métodos. Así, Duong M, et. al.¹⁹ en su estudio utiliza tres métodos: concentraciones plasmáticas de IP, autocuestionario y reporte de efectos adversos, encontrando que todos ellos se relacionan bien con respuesta virológica. De igual manera, Codina C, et. al.¹² compara tres métodos, recuento de comprimidos, entrevista estructurada y registro de dispensación, encontrando una concordancia aceptable, al igual que en el presente estudio.

En el presente estudio predominan PVVS de sexo masculino y en edad adulta, lo que coincide con el reporte de casos del MSP que presenta una razón de 2 a 1 a favor de los hombres. Estos hallazgos son similares a los descritos en estudios previos de adherencia de la revisión sistemática de Puigventos F, et. al.⁸¹ en los que predominan pacientes varones adultos (70% - 92%).

En el presente estudio de 33 variables estudiadas como factores relacionados con la adherencia, tan solo nueve presentaron asociaciones estadísticamente significativas según el análisis multivariado. Los factores que favorecen adherencia: auto-reporte de olvido para el consumo de TARGA (OR: 3,57) y RAM reportadas por el médico (OR: 3,12). No existen estudios que reporten estos como factores de buena adherencia. Este hallazgo discrepa con otros estudios. Efectivamente el auto-reporte de olvido para no consumo de la TARGA, fue evaluada por Alvis O, et. al.¹ Demeke B, et. al.¹⁶ ambos asocian esta variable a no adherencia, de igual manera, los dos autores la reportan como principal causa de no adherencia en cada estudio (64,1% y 37,5%).^{1,16} Esta discrepancia se explica porque la mayor proporción de auto-reporte de olvido se dio en los pacientes catalogados por las escalas empleadas como adherentes, pero con olvido de 1 a 2 veces mensuales y no cumplen el criterio de no adherencia. Esta afirmación se sustenta en los hallazgos de Barfod T, et. al.⁵ quien reportar que el auto-reporte de olvido es similar en ambos grupos adherentes y no adherentes y en el estudio de Murri R, et. al.⁶⁵ quien encuentra que 19,6% de pacientes catalogados como adherentes por el informe médico y carga viral indetectable auto-reportan olvido de la TARGA en la última semana o el día anterior.

Son varias las publicaciones que reportan que los efectos adversos, toxicidad o reacciones adversas del medicamento se asocian significativamente a falta de adherencia, así lo hacen Trotta M, et.al.⁹⁷ Rajesh R, et.al.⁸³ Monforte A, et. al.⁶⁰ Los hallazgos anteriores difieren con los del presente estudio. Esta discrepancia se explica porque los estudios en mención, no especifican la manera en que se reportó como afirmativa la variable efecto adversos; en cambio en el presente estudio la variable efecto adverso, fue valorada de dos maneras, la primera el auto-reporte del paciente y la segunda el reporte médico que consta en el historial clínico (documentados por el

medico). En esta última variable solo se reportaron efectos adversos moderados y severos, no se incluyen los leves. En los moderados y graves se aplican intervenciones como cambiar los medicamentos causantes del efecto adverso, controlar la RAM y concomitante realizar terapia educacional acerca de la necesidad de continuar con la TARGA. Estas intervenciones podrían explicar la discordancia de hallazgos.

Seis variables aparecen como factores de no adherencia en el análisis multivariado, que coinciden con lo reportado por otros autores. A continuación se presentan estos factores en función de la fuerza de asociación.

El auto-reporte de tener dificultad horaria para consumo de TARGA, aparece como un factor más fuerte de no adherencia (OR=0,023). Este hallazgo coincide con los estudios de Alvis O, et. al.¹ y Barfod T, et. al.⁵ El primero de estos, reporta este hallazgo en el 11,4% de los estudiados y el segundo reporta como la tercera causa más frecuente para no consumo. El anterior plantea la necesidad de emplear esquemas sencillos y simplificados.

El auto-reporte de no tener voluntad para consumo de TARGA, es también un factor muy fuerte de no adherencia (OR 0,023). Mathew W, et. al.⁵⁴, Ammassari A, et. al.² reportan que el desconocer la importancia del tratamiento, reflejado en términos de baja prioridad, estar muy ocupado o tener olvidos intencionados (propia voluntad) influye en la adherencia a TARGA, quedando explícito la posibilidad de no consumir por simple voluntad propia.

El auto-reporte de diversas causas (la mayoría de clase social: problemas con la pareja, maltrato por parte de familia y/o pareja, problemas con el trabajo, transporte y/o viaje, entre muchos otros descritos...) para no consumo de TARGA presenta también una asociación muy fuerte (OR 0,03). Este hallazgo coincide con Cooper G, et.al.¹⁴ que

demuestra que la adherencia es influenciada por la experiencia individual de cada paciente y que aquellos que perciban que el tratamiento no mejora o empeora su percepción de bienestar o presentan afectos adversos dudan sobre la utilidad del tratamiento.

La RAM reportada por el paciente presentó una asociación muy fuerte con no adherencia (RR 0,14). Horne R et.al.⁴⁰ Monforte A et.al.⁶⁰ y Rajesh R et.al.⁸³ también evidencian que el auto-reporte de RAM por el paciente disminuye a menos de 80% la adherencia en el 56% de las personas. Al igual que en la variable anterior la percepción del paciente de daño por el fármaco influye sobre la utilidad del TARGA.

El esquema de tratamiento que no contenga un ITINAN presentó una asociación fuerte con no adherencia (OR: 0,25) en el presente estudio. Trotta M, et. al.⁹⁷ Sullivan P, et. al.⁹⁶ y Langebeek V, et. al.⁴⁸ reportan una mayor tasa de adherencia al esquema que contenga ITINAN, sobre todo si está “efavirenz” dentro del esquema. Asumiendo, que este hallazgo se debe a la simplificación del esquema con este medicamento (dosis única combinada), más que por el tipo de esquema.

La variable psicopatología, presentó una asociación fuerte con no adherencia (OR: 0,35) en el presente estudio. Varios estudios coinciden con este hallazgo: Langebeek V, et. al.⁴⁸ asocia con un poder de correlación leve a moderado a los síntomas depresivos con mala adherencia, Hinkin C, et.al.^{37,38} describe 2,3 veces más riesgo de no adherencia cuando un paciente tiene síntomas neuropsicológicos, Alvis O et.al.¹ reporta que la presencia de morbilidad psíquica se asocia a no adherencia (OR: 2,9). Los hallazgos anteriores plantean la necesidad que en las clínicas de PVVs debe haber personal capacitado hacia la valoración psíquica.

Estadios tardíos de la enfermedad tienen una asociación fuerte con no adherencia (OR: 0,47). Monforte A, et. al.⁶⁰ que utiliza como población estudio la base del estudio ICONA, describe que los pacientes en estadios tempranos de la enfermedad, clasificados así según la CDC (A vs B/C) son mejor adherentes, hallazgo no estadísticamente significativo. Similar descripción presentamos en este estudio de no tener significancia estadística a pesar de la asociación, estos hallazgos talvez se expliquen porque posiblemente estemos incurriendo en un error tipo 2, debido esto al tamaño muestral. A pesar de esto, es de recalcar que al valorar pacientes con inicios tempranos de enfermedad con un mejor estado de salud y sin enfermedad avanzado, la comprensión de los beneficios de la TARGA son mayores.

En el presente estudio cuatro factores presentaron asociaciones estadísticamente significativas con adherencia en el análisis bivariado pero no en el multivariado. Todas estas variables son reportadas por otros autores como asociadas a la adherencia. Estas variables son calidad de vida, demencia, pauta terapéutica y número de pastillas al día.

La calidad de vida alta se asocia fuertemente con adherencia (OR: 3,44) en el presente estudio. Geocze L. et.al.²⁹ en su revisión sistemática (incluyó 12 estudios), reporta una correlación positiva entre adherencia y calidad de vida, con un concomitante incremento en la adherencia a la TARGA a mayor calidad de vida. Similares hallazgos los reportan Colombo G, et. al.¹³ y Alvis O, et. al.¹ en estudios clínicos y Pugventos F, et al.⁸¹ en su revisión sistemática. La diferencia de no significancia estadística podría deberse al tamaño muestral del presente estudio.

La demencia se asocia con no adherencia (OR: 0,57), en el presente estudio. El Documento de Consenso sobre el Manejo Clínico de los Trastornos Neurocognitivos Asociados a la Infección por el VIH; Grupo de expertos del Grupo de Estudio de Sida

(GeSIDA) y de la Secretaría del Plan nacional sobre el Sida (SPNS),⁷⁹ en este documento basado en la evidencia, detallan que la presencia de alteraciones desde leves a severas en las áreas de atención, memoria de trabajo, velocidad de procesamiento, aprendizaje y memoria episódica se asocian a mala adherencia. La diferencia de no significancia estadística podría centrarse en que se utilizó el Mini-Mental State Examination (MMSE) ya que esta herramienta no fue diseñada para evaluar a personas con VIH y no son sensibles en la detección de alteraciones cognitivas en estas personas al menos que estén ya muy afectadas.

La pauta terapéutica de una vez al día se asocia a adherencia (OR: 2,15), en el presente estudio. Son varios los autores que concuerdan con esta variable; así, Sullivan P, et. al.⁹⁶ Paterson D, et. al.⁷⁸ y Colombo G, et. al.¹³ concluyen en dejar claro el beneficio de una sola toma al día (sin importar el número de pastillas), en la mejoría a la adherencia.

El consumo de una sola píldora al día se asocia a adherencia (OR: 2,45), en el presente estudio. Parienti J, et. al.⁷⁷ (incluye 11 estudios), reporta 2.9 veces mayor probabilidad de adherencia con esta frecuencia de consumo en comparación a otros regímenes. La inconcordancia en significancia estadística podría deberse a que estas dos últimas variables están ya implícitas en el esquema que contenga un ITINAN, misma que si resulto con significancia estadística.

Entre las variables reportadas por otros autores como factores asociados a adherencia y que en el presente estudio no presentaron asociaciones estadísticamente significativas están: sexo, edad, etnia, nivel de escolaridad, distancia de viaje a la clínica de PVVS, información por parte del médico, apoyo social. Todas estas podrían justificar su discrepancia por el tamaño muestral y las discutimos a continuación.

El sexo hombre se asoció a adherencia (OR: 1,55) en el presente estudio. Kwakwa H, et. al.⁴⁷ en su meta análisis, valora diferencias de género, logrando advertir mayor adherencia a favor del sexo hombre, valorada por la supresión de carga viral. Así mismo, Puigventos F, et. al.⁸¹ en su revisión sistemática, reporta una mayor adherencia en el grupo de hombres, similares hallazgos obtuvimos en este estudio. Esto se debe posiblemente al rol “machista” y carga familiar de hijos que poseen las mujeres y que empeora su adherencia.

La edad (adulto/adulto mayor) se asoció a adherencia (OR: 1,60) en el presente estudio. Ghidel L, et.al.³⁰ quien realizó un meta análisis, con base al cual concluye que la edad adulto/adulto mayor, presenta una reducción de riesgo para no adherencia del 27%, hallazgo no estadísticamente significativo al igual que en el presente estudio.

La etnia (Indígena - Mulato – Montubio – Afrodescendiente se asoció a no adherencia (OR: 0,50) en el presente estudio. Varios autores comparten estos hallazgos; Lee D, et. al.⁴⁹ McFall A, et. al.⁵⁶ Sullivan P, et. al.⁹⁶ Kats I, et. al.⁴⁴ estos con población de E.E.U.U. concluyen que las etnias negra e hispanos (la minoría en esos países) son no adherentes. De igual manera, Puigmentos et. al.⁸¹ en su revisión sistemática concluye que la raza negra es la de mayor prevalencia en no adherencia. Incluso un meta análisis desarrollado por Mills E, et. al.⁵⁹ advierte un peor porcentaje de adherencia en la etnia negra que vive en occidente en comparación a la que reside en África (55% vs 77%). Se evidencia por lo tanto que la etnia afro americana y las de menor frecuencia en el sitio de estudio, poseen menor adherencia, hallazgo similar al actual estudio en el cual las etnias de menor frecuencia fueron las menos adherentes.

El nivel de educación (básica/intermedia) se asoció a no adherencia (OR: 0,59) en el presente estudio. Rajesh R, et. al.⁸³ y de la revisión sistemática de Puigventos F, et. al.⁸¹ ambas publicaciones concluyen que a menor nivel de estudio, menor es la proporción de

adherencia, similar al hallazgo del presente estudio, posiblemente relacionada a la comprensión del beneficio que da el cumplimiento de la TARGA.

La distancia de viaje a la clínica de atención menor de tres horas se asoció a adherencia (OR: 2,83) en el presente estudio. Así varios autores concuerdan con este hallazgo. Tuller D, et.al.⁹⁸ Duff P, et.al.¹⁸ los cuales evidencian una relación entre distancia de viaje a la clínica y adherencia, concluyen los autores que la proximidad a la clínica, menos gasto en transporte y menos tiempo de viaje se asocian a mayor adherencia. Lo cual evidencia de la necesidad del aumento de clínicas de PVVs a nivel de cada localidad.

El apoyo social se asoció a adherencia (OR: 1,68) en el presente estudio. Alvis O, et.al.¹ reporta una clara relación entre alto apoyo social y adherencia adecuada, hallazgo estadísticamente significativo. De igual manera Langebeek V, et. al.⁴⁸ asocia con un poder de correlación leve a moderado, alto apoyo social y adherencia con significancia estadística. Lo cual implica que la baja estigmatización social evidenciada en apoyo a PVVs mejora su adherencia.

El resto de variables no presentaron significancia estadística en el análisis bivariado y multivariado, sin embargo, otros autores han encontrado en sus publicaciones que dichas variables si presentan asociación con adherencia. Estas discrepancias con estas variables podrían justificarse por un error tipo II (falsos negativos).

El desempleo se asoció a adherencia (OR: 1,11) en el presente estudio, sin significancia estadística. Nachega J, et. al.⁶⁷ realizó una revisión sistemática y meta análisis sobre esta variable (28 estudios), concluye que en países con ingresos económicos medianos (como es el caso de Ecuador, catalogado así por el FMI), los resultados son contradictorios y no existe una asociación directa. Sin embargo, se podría interpretar

que los pacientes que se encuentran trabajando podrían olvidar con más frecuencia la toma, lo que hablaría a favor de una toma diaria.

El consumo de alcohol liviano (menor puntaje en la escala CAGE) se asoció a adherencia (OR: 1,89) en el presente estudio, sin significancia estadística. Hendershort C, et.al.³⁶ (40 estudios), concluye que cuando una persona no tiene problemas de bebida o es abstemio se le asocia con adherencia. Importante recalcar en nuestros pacientes la necesidad de abandonar el consumo.

El consumo de drogas se asoció a no adherencia (OR: 0,61) en el presente estudio, sin significancia estadística. Demeke B, et. al.¹⁶ Hinkin Ch, et. al.³⁸ y Trotta M, et. al.⁹⁷ los tres autores concluyen que el auto-reporte de uso de drogas se asocia a no adherencia. En el presente estudio la positividad de consumo de drogas en los encuestados fue reportado muy bajo (3,96%), esto podría justificar la discrepancia.

La información brindada por el personal de salud se asoció a adherencia (OR: 2,55) en el presente estudio. Weiss L, et.al.¹⁰³ concluye que la educación al paciente acerca de temas relacionados al VIH, soporta que a mayor conocimiento mayor es la adherencia, así se evidencia la necesidad de una constante retroalimentación acerca del VIH/SIDA con los pacientes.

El vivir solo se asoció a no adherencia (OR: 0,94) en el presente estudio. Nakimuli M, et. al.⁶⁸ asocia fuertemente a vivir solo con no adherencia. Hallazgo que concuerda con la necesidad de apoyo social y podría asociarse a compañía y que talvez al ser una variable inmiscuida en apoyo social justifica su error tipo II.

Menor tiempo en la TARGA se asoció a no adherencia (OR: 0,86) en el presente estudio. Kartik K, et. al.⁴³ y Alvis O, et. al.¹ ambos autores concluyen que a mayor tiempo en tratamiento, aumenta la no adherencia, el tiempo que colocan ambos autores

como corte para considerar mayor tiempo en tratamiento es diez años. El presente estudio presenta un promedio de 4,8 años de tratamiento en el grupo de pacientes de no adherentes, motivo por el cual los datos de estudios publicados no son comparables a la muestra de este estudio y esto posiblemente justifica la no significancia estadística.

La presencia de comorbilidades no asociadas al VIH se asoció a no adherencia (OR: 0,76) en el presente estudio. Demeke B, et. al.¹⁶ quien analiza en su estudio el uso de otros medicamentos además de la TARGA, otorgando una asociación con no adherencia. Se podría explicar estos hallazgos por menor entendimiento de ambos regímenes medicamentosos. Algunos de los pacientes encuestados son de provincia y son valorados en su localidad de enfermedades no VIH existiendo talvez un subregistro de las mismas, esto podría justificar la discrepancia en la significancia estadística.

La presencia de comorbilidades físicas asociadas a VIH (coinfección en su mayoría), se asoció a adherencia (OR: 1,26) en el presente estudio. McDonnell M, et. al.⁵⁵ reporta que la percepción de severidad de enfermedad se asocia a mayor adherencia. Singh N, et. al.⁹⁴ muestra que la presencia de una infección oportunista, lo cual se puede interpretar como severidad de la enfermedad, presenta una correlación con adherencia. Concluyendo que los extremos de la enfermedad (con significancia estadística el inicio temprano de la TARGA) son un momento propicio de adherencia.

Carga viral no detectable tras TARGA se asocia a adherencia (OR:.....), esta variable se considera consecuencia más que causa. Evidencia que una adherencia adecuada provee supresión viral y que además podría ser una manera indirecta de medir adherencia.

6 CAPITULO VI CONCLUSIONES

1. La prevalencia de adherencia según el reporte de dispensación de enfermería es de 55,94%, la brindada tras la realización de la escala SMAQ es de 49,01%.
2. La concordancia interpruebas a través del índice de Kappa es de 0,54, lo cual evidencia una moderada relación entre ambas formas de medición, con significancia estadística.
3. Los factores asociados y que favorecen la adherencia a la TARGA son: El auto-reporte de olvido y RAM reportada por el médico en el historial clínico.
4. La presencia de psicopatología valorada a través de la escala de Golberg de doce variables fue asociada a no adherencia.
5. Ningún factor socio demográfico se asocia positiva o negativamente a adherencia.
6. Los factores clínicos: estadio tardío de la enfermedad según clasificación de la CDC y la autopercepción como son: auto-reporte de dificultad horaria en el consumo de TARGA, auto-reporte de diversas causas de no consumo, auto reporte de olvido de consumo, auto reporte de no tener voluntad de consumir TARGA, son asociados a no adherencia.
7. Con respecto de los factores farmacológicos: los RAM reportadas por el médico y paciente, el esquema terapéutico que no contenga ITINAN son asociados con no adherencia.

7 CAPITULO VII RECOMENDACIONES

1. Documentar en cada cita la posibilidad de olvido de la TARGA, y fortalecer la importancia en el cumplimiento de tomas.
2. Documentar de manera exacta el tipo de RAM, su asociación, de ser factible; con algún medicamento, y siempre reforzar la necesidad de continuar con la TARGA.
3. Sería prudente valorar siempre la adherencia de cada paciente con al menos los dos métodos aquí descritos y carga viral.
4. Trabajo en conjunto con médicos clínicos, psicólogos, psiquiatras en caso de psicopatología.
5. Iniciar la TARGA en estadios tempranos de la enfermedad puesto que se asocia a mayor adherencia.
6. Tener en cuenta la autopercepción del paciente y reforzarla con conocimiento y ventajas de la TARGA.
7. Siempre realizar educación y reforzar conocimiento sobre los beneficios de la adherencia.
8. Simplificar esquema de la TARGA, siendo ideal la dosis única combinada.
9. Utilizar la carga viral como medida indirecta de adherencia.

8 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Alvis, O., De-Coll, L., Chumbimune, L., Díaz, C., Díaz, J., & Reyes, M. (2009). Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en adultos infectados con el VIH-SIDA. *An Fac med*, 4, 266-72.
2. Ammassari A, Trotta M, Murri R, Castelli F, Narciso P, Noto P, et al. Correlates and predictors of adherence to highly active antiretroviral therapy: overview of published literature. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2002;31(3):123-7.
3. Applebaum A, Reilly L, Gonzalez J, Richardson M, Leveroni C, Safren S. The Impact of Neuropsychological Functioning on Adherence to HAART in HIV Infected Substance Abuse Patients. *AIDS Patient Care STDS*. 2009;23(6):455-62.
4. Arrondo, A., Sainz, M., Andrés, E., Iruín, A., & Napa, V. (2007). Factores relacionados con la adherencia en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Farm Hosp*, 33(1), 4-11.
5. Barfod, T., Sorensen, H., Nielsen, H., Rodkjaer, L., & Obel, N. (2006). "Simply forgot" is the most frequently stated reason for missed doses of HAART irrespective of degree of adherence. *HIV Med*, 7(5), 285-90.
6. Carlucci, J., Kamanga, A., Sheneberger, R., Shepherd, B., Jenkins, C., Spurriewr, J., y otros. (2008). Predictors of Adherence to ANtiretroviral Therapy in Rural Zambia. *JAIDS*, 47(5), 625-22.
7. Carnicer-Pon, D., Vives, N., & Casabona, J. (2011). Epidemiología de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana. Retraso en el diagnóstico. *Enferm Infecc Microbiol Clin*, 29(2), 144–151.
8. Carrieri, P., Cailleton, V., Moing, L., V, Spire, B., Dellamonica, P., y otros. (2001). The dynamic of adherence to highly active antiretroviral therapy: results from the French National APROCO cohort. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 28(3), 232-39.
9. Casotti, J., Mendes, A., Endlich, B., Queiroz, M., Tartaglia, R., & Motta, T. (2011). Factors Associated with Adherence to HAART in Patients with HIV/ADS. *J bras Doencas Sex Transm*, 23(4), 215-21.
10. CDC. TODAY'S HIV/AIDS EPIDEMIC (2013). 2013; Disponible en: <http://www.cdc.gov/nchhstp/newsroom/docs/hivfactsheets/todaysepidemic-508.pdf>
11. Centro Nacional de Epideiología. (30 de Junio de 2011). Vigilancia epidemiológica del VIH en España. Nuevos diagnosticos de VIH en España. Periodo 2003-2011. . Recuperado el 01 de Julio de 2014, de http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/fd-sida/InformeVIHSida_Junio_2011.pdf
12. Codina, C., Martínez, M., Tuset, M., Del Cacho, E., Martín, M., & Miró, J. (2002). Comparación de tres métodos de cálculo de adherencia en pacientes con tratamiento antirretroviral. *Enferm Infecc Microbiol Clin*, 20(10), 484-90.

13. Colombo, G., Di-Matteo, S., & Maggiolo, F. (2013). Antiretroviral therapy in HIV-infected patients: a proposal to assess the economic value of the single-tablet regimen. *ClinicoEconomics and Outcomes Research*, 5, 59-68.
14. Cooper, V., Gellaitry, G., Hankins, M., Fisher, M., & Horne, R. (2009). The influence of symptom experiences and attributions on adherence to highly active anti-retroviral therapy (HAART): a six-month prospective, follow-up study. *AIDS Care*, 21(4), 520-28.
15. Chesney M. Factors Affecting Adherence to Antiretroviral Therapy. *Clinical Infectious Disease*. 2000. 30(Supple 2):S171-6.
16. Demeke, B., & Chanie, T. (2014). Adherence to antiretroviral therapy and associated factors among patients living with HIV/AIDS in Dessie Referral Hospital, Northern Ethiopia. *IJPSR*, 5(9), 572-81.
17. Dilorio, C., McCarty, F., DePadilla, L., Resnicow, K., McDonell, M., Yeager, K., y otros. (2009). Adherence to Antiretroviral Medication Regimens: A test of a Psychosocial Model. *AIDS Behav*, 13(1), 10-22.
18. Duff, P., Kipp, W., Wild, C., Rubaale, T., & Okech, J. (2010). Barrier to accessing highly active antiretroviral therapy by HIV-positive women attending an antenatal clinic in a regional hospital in western Uganda. *Journal of the International AID Society*, 13(37), 1-9.
19. Duong, M., L, P., Peytavin, G., Forte, F., Kohli, E., Grappin, M., y otros. (2001). Value of patient self-report and plasma human immunodeficiency virus protease inhibitor level as markers of adherence to antiretroviral therapy: relationship to virologic response. *Clin Infect Dis*, 33(1), 386-92.
20. Duran S, Spire B, Raffi F, Walter V, Bouhour D, Journot V, et al. Self-reported symptoms after initiation of a protease inhibitor in HIV-infected patients and their impact on adherence to HAART. *HIV Clin Trials*. 2001;2:38-45.
21. Ettenhofer, M., Foley, J., Castellon, S., & Hinkin, C. (2010). Reciprocal prediction of medication adherence and neurocognition in HIV/AIDS. *Neurology*, 74, 1217-22.
22. Ettenhofer, M., Hinkin, C., Castellon, S., Durvasula, R., Ullman, J., Lam, M., y otros. (2009). Aging, Neurocognition, and Medication Adherence in HIV Infection. *Am J Geriatr Psychiatry*, 17(4), 1-15.
23. Ferrer V. "Adherencia" o "cumplimiento de" prescripciones terapéuticas y de salud: conceptos y factores psicosociales implicados. *Revista de Psicología y Salud*. 1995;7(1):35-61.
24. Fisher, J., Fisher, W., Amico, K., Harman, J. An Information-Motivation-Behavioral Skills Model of adherence to antiretroviral therapy. *Health Psychol*. 2006;25(4):462-473.
25. Flores, F., Almanza, M., Gómez, A. Análisis del Impacto del VIH-SIDA en la Familia: Una Aproximación a su Representación Social. *Psicología Iberoamericana*. 2008. 16(2):6-13.

26. Foca, E., Odolini, S., Sulis, G., Calza, S., Pietra, V., Rodari, P., y otros. (2014). Clinical and immunological outcomes according to adherence to first-line HAART in a urban and rural cohort of HIV-infected patients in Burkina Faso, West Africa. *BMC Infectious Diseases*, 14(153), 1-8.
27. Gallo, R. (2005). History of the discoveries of the first human retroviruses: HTLV-1 and HTLV-2. *Oncogene*, 24, 5926–5930.
28. Gebo KA, Keruly J, Moore RD. Association of social stress, illicit drug use, and health beliefs with nonadherence to antiretroviral therapy. *J Gen Intern Med*. 2003;18:104-11.
29. Geocze, L., Mucci, S., De-Marco, M., Nogueira, L., & Albuquerque, V. (2010). Quality of life and adherenc to HAART in HIV-infected patients. *Rev Saúde Pública*, 44(4), 1-6.
30. Ghidel, L., Simone, M., Salow, M., Zimmerman, K., Paquin, A., Skarf, M., y otros. (2013). Aging, Antiretrovirals, and Adherence: A Meta Analysis of Adherence among Older HIV-Infected Individuals. *Drug Aging*, 30(10), 1-13.
31. Grupo de Estudio del Sida (GESIDA). (2008). Panel de expertos de secretaria del Plan Nacional sobre Sida (SPNS), Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH):Mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral. Recomendaciones de SPNS/SEFH/GESIDA. *Farmacia Hospitalaria*, 52(6), 349-57.
32. Guerra L, Parras F. La adherencia a los antirretrovirales: una tarea de todos. *Enf Emerg*. 2000; 2(1):5-9.
33. Haubrich R, Little SJ, Currier JS. The value of patient reported adherence to antiretroviral therapy in predicting virologic and immunologic response. *AIDS*. 1999;13:1099–107.
34. Haynes, R., McKibbon, K., Kanani, R., Brouwers, M., & Oliver, T. (1997). Oxford: The Cochrane Collaboration. Update Software. Obtenido de Interventions to Assist Patients to Follow Prescriptions for Medications: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000011.pub2/abstract;jsessionid=324AF35066D9FA9F94F9DEE7D3839207.f03t04>.
35. Heckman, T., Barcikowski, R., Ogles, B., Suhr, J., Carlson, B., Holroyd, K., y otros. (2006). A telephone-delivered coping improvement group intervention for middle-aged and older adults living with HIV/AIDS. *Annals of Behavioral Medicine*, 32, 27–38.
36. Hendershot, C., Stoner, S., Pantalone, D., & Simoni, J. (2009). Alcohol use and antiretroviral adherence: Review and meta-analysis. *JAIDS*, 52(2), 1-25.
37. Hinkin, C., Castellon, S., Durvasula, R., Hardy, D., Lam, M., Masson, K., y otros. (2002). Medication adherence among HIV+ adults: Effects of cognitive dysfunction and regimen complexity. *Neurology*, 59(12), 1944-50.

38. Hinkin, C., Hardy, D., Mason, K., Castellón, S., Durvasula, R., Lam, M., y otros. (2004). Medication adherence in HIV-infected adults: effect of patient age, cognitive status, and substance abuse. *AIDS*, 18(1), 19-25.
39. Holzemer WL, Corless IB, Nokes KM, Turner JG, Brown MA, Powell-Cope GM, et al. Predictors of selfreported adherence in persons living with HIV disease. *AIDS Patient Care STD*. 1999;13:185-97.
40. Horne, R., Cooper, V., Gellaitry, G., Date, H., & Fisher, M. (2007). Patients perceptions of highly active antiretroviral therapy in relation to treatment uptake and adherence: the utility of the necessity-concerns framework. *JAIDS*, 45(3), 334-41.
41. Howard AA, Arnsten JH, Lo Y, Vlahov D, Rich JD, Schuman P, et al. (HER Study Group). A prospective study of adherence and viral load in a large multi-center cohort of HIV-infected women. *AIDS*. 2002;16(16):2175-82.
42. Jymmy-Gama, D., Gibson, S., McPake, B., & Maleta, K. (2011). Antiretroviral Therapy (ART) rationing and acces echanism and their impacton youth ART utilization in Malawi. *Malawi Medical Journal*, 23(2), 47-53.
43. Kartik, K., Srikrishnan, A., Mayer, K., Kumarasamy, N., Raminani, S., Thamburaj, E., y otros. (2010). Predictors of nonadherence to highly Active Antiretroviral Therapy Among HIV-Infected South Indians in Clinical Care: Implications for Developing Adherence Interventions in Resource.limited Settings. *AIDS Patients Care and STDs*, 24(12), 795-803.
44. Kats, I., Leister, E., Kacanek, D., Hughes, M., Bardeguez, A., Livingston, E., y otros. (2015). Factors associated with lack of viral suppression al delivery among highly active antiretroviral therapy-naive women with HIV: a cohort study. *Ann Intern Med*, 162(2), 90-9.
45. Knobel H, Alonso J, Casado JL, Collazos J, Gonzalez J, Ruiz I, et al. Validation of a simplified medication adherence questionnaire in a large cohort of HIV-infected patients: the GEEMA Study. *AIDS*. 2002;16(4):605-13.
46. Konstantinidis, A., Cabello, M. La notificación del diagnóstico y las primeras reacciones de personas infectadas por el virus VIH. Un estudio cualitativo realizado en el área metropolitana de Monterrey, NL. *Revista Perspectivas sociales*. 2008. 10(1):87-112.
47. Kwakwa, H., Spencer, D., Evans, C., Garner, W., Walker, I., & Temme, L. (2012). Gender Differences in Virologic Outcomes in a Meta-Analysis of Randomized Controlled Clinical Trials in HIV-1-Infected Patients on Antiretroviral Therapy. XIX International AIDS Conference. Washington.
48. Langebeek, N., Gisolf, E., Reiss, P., Vervoort, S., Hafsteinsdóttir, T., Richter, C., y otros. (2014). Predictors and correlates of adherence to combination antiretroviral therapy (ART) for chronic HIV infection: a meta-analysis. *BMC Medicine*, 12(142), 1-14.
49. Lee, D., Sarflan, F., Silvestre, A., Brown, T., Jacobson, L., Bradi, S., y otros. (2009). Evaluation of Adherence and Factors Affecting Adherence to

- Combination Antiretroviral Therapy among Whyte, Hispanic, and Black Men in the MACS Cohort. *JAIDS*, 52(2), 290-93.
50. Lillie-Blanton, M., Stone, V., Snow, A., Levi, J., Golub, E., Cohen, M., y otros. (2010). Association of age, Substance Abuse, and Health Insurance Coverage With Use of Highly Active Antiretroviral Therapy Among HIV-Infected Women, 2005. *American Journal of Public Health*, 100(8), 1493-99.
 51. Malet, L., Schwan, R., Boussiron, D., Cuvelier, B., Llorca, PM. Validity of the CAGE questionnaire in hospital. *Eur Psychiatry*. 2005; Nov;20 (7):484-9.
 52. Martín-Sánchez V, Ortega-Valín L, Pérez-Simón MR, Mostaza-Fernández JL, Ortiz de Urbina- González JJ, Rodríguez Marín M, et al. Factores predictores de no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2002;20(10):491-7.
 53. Marx, P., Apetrei, C., & Drucker, E. (2004). IDS as a zoonosis? Confusion over the origin of the virus and the origin of the epidemics. *J Med Primatol*, 33(5-6), 220-6.
 54. Mathew, W., Mar-Tang, M., Ballard, C., Colwell, B., Abulhosn, K., Noonan, C., y otros. (2002). Prevalence, predictors, and outcomes of early adherence after starting or changing antiretroviral therapy. *AIDS Patients Care STDS*, 16(4), 157-72.
 55. McDonnell, M., Pace, J., De, A., & Ura, D. (2006). Factors Associated With Adherence to Antiretroviral Therapy. *JANAC*, 17(2), 4-15.
 56. McFall, A., Dowdy, D., Zelaya, C., Murphy, K., Wilson, T., Young, M., y otros. (2013). Understanding the disparity: Predictors of virologic failure in women using highly active antiretroviral therapy vary by race and/or ethnicity. *JAIDS*, 64(3), 1-17.
 57. Medalit, L., Jeri, R. Personalidad en pacientes infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). *Revista de Neuro-Psiquiatria del Perú*. 2000. 3(4).
tomado de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/neuro_psiqiatría/v63_n3-4/personalidad%20en%20pacientes.htm
 58. Mehta S, Moore RD, Graham NMH. Potential factors affecting adherence with HIV therapy. *AIDS*.1997;11(14):1665-70.
 59. Mills, E., Nachega, J., & Buchan, I. (2006). Adherence to Antiretroviral Therapy in Sub-Saharan Africa and North America: A Meta-analysis. *JAMA*, 296(6), 679-90.
 60. Monforte, A., Lepri, A., Rezza, G., Pezzotti, P., Antinori, A., Phillips, A., y otros. (2000). Insights into the reasons for discontinuation of the first highly active antiretroviral therapy (HAART) regimen in a cohort of antiretroviral naïve patients. ICONA Study Group. Italian Cohort of Antiretroviral-Naive Patients. *AIDS*, 14, 499-507.

61. Monroe, A., Rowe, T., Moore, R., & Chander, G. (2013). Medication adherence in HIV-positive patients with diabetes or hypertension: a focus group study. *BMC Health Service Research*, 13(488), 1-7.
62. MSP. (2012). La situación de la epidemia de VIH en el Ecuador. Recuperado el 01 de Julio de 2014, de http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=398&Itemid=.
63. MSP- Estrategia Nacional de VIH/SIDA. (2012). Guía de atención integral para adultos y adolescentes con infección por VIH/SIDA. Recuperado el 2014, de http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=398&Itemid=.
64. MSP Chile. (2012). Cuestionario de salud de Golberg GHQ-12. obtenido de http://ssmaule.redsalud.gob.cl/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=4091&Itemid=191.
65. Murri, R., Ammassari, A., Trotta, M., De-Luca, A., Meizi, S., Minardi, C., y otros. (2004). Patient-reported and Physician-estimated Adherence to HAART. *J Gen Intern Med*, 19, 1104-10.
66. Nachega, J., Hislop, M., Nguyen, H., Dowdy, D., Chaisson, R., Regensberg, L., y otros. (2009). Antiretroviral Therapy Adherence, Virologic and Immunologic Outcomes in Adolescents Compared With Adults in Southern Africa. *JAIDS*, 51(1), 65-71.
67. Nachega, J., Uthman, O., Peltzer, K., Richardson, L., Mills, E., Amekudsi, K., y otros. (2015). Association between antiretroviral therapy adherence and employment status: systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ*, 93, 29-41.
68. Nakimuli, E., Mutamba, B., Othengo, M., & Musisi, S. (2009). Psychological distress and adherence to highly active anti-retroviral therapy (HAART) in Uganda: A pilot study. *African Health Sciences*, 9(1), 2-7.
69. Nelsen, A., Gruopta, S., Trautner, B., Petersen, N., Garza, A., Giordano, T., y otros. (2013). Intention to adhere to HIV Treatment: A Patient-Centred Predictor of Antiretroviral Adherence. *HIV Medicine*, 14(8), 472-80.
70. Nieuwkerk P, Oort F. Self-report adherence to antiretroviral therapy for HIV-1 infection and virologic treatment response: A meta-analysis. *JAIDS*. 2005;38(4):445-448.
71. ONUSIDA. (2014). ONUSIDA Informe sobre la epidemia mundial de SIDA (2014). <http://www.unaids.org/en/resources/campaigns/2014/2014gapreport/gapreport/>
72. Ortega, L. (Diciembre de 2002). Adhesión al tratamiento antiretroviral: una actualización. Recuperado el Agosto de 2014, de http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/2_AF_VIH_2002/8_adhesion_tratamiento.pdf

73. Osterberg, L., & Blashke, T. (2005). Adherence to medication. *N Engl J Med*, 353, 487-497.
74. Panel de expertos de GESIDA y Plan Nacional sobre sida. (2014). Documento de consenso de GESIDA/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. Recuperado el 2014, de <http://www.gesida-seimc.org/contenidos/guiasclinicas/2014/gesida-guiasclinicas-2014-tar.pdf>
75. Panel de expertos de secretaria del Plan Nacional sobre Sida (SPNS), Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH), Grupo de Estudio del Sida (GESIDA). Mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral. Recomendaciones de SPNS/SEFH/GESIDA. *Farmacia Hospitalaria*. 2008;52(6):349-57
76. Panel on Antiretroviral Guidelines for adult and adolescents. (2014). Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents. Department of Health and Human Services. Recuperado el 2014, de <http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/AdultandAdolescentGL.pdf>
77. Parienti, J., Bangsherg, D., Verden, R., & Gardner, E. (2009). Better Adherence with Once-Daily Antiretroviral Regimens: A Meta-Analysis. *Clinical Infectious Disease*, 48, 484-88.
78. Paterson, D., Swindells, S., Mohr, J., Brester, M., Vergis, E., Squier, C., y otros. (2000). Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Ann Intern Med*, 133, 21-30.
79. Podzamczar, D., Muñoz, J., Polo, R., Alcolea, D., Alonso, C., Antela, A., y otros. (Enero de 2013). Documento de Consenso sobre el Manejo Clínico de los Trastornos Neurocognitivos Asociados a la Infección por el VIH. Recuperado el Agosto de 2014, de <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/profSanitarios/docConsensoManejoClinTrastornosNeurocognitivosVIH.pdf>
80. PUCE Chile. (2009). Mini Mental Status Examination (MMSE). obtenido de <http://escuela.med.puc.cl/publ/manualgeriatria/PDF/VIIAnexoMMSE.pdf>
81. Puigventós, F., Riera, M., Delibes, C., Peñaranda, M., De la Fuente, L., & Boronat, A. (2002). Estudios de adherencia a los fármacos antirretrovirales. Una revisión sistemática. *Med Clin (Barc)*, 119(4), 130-7.
82. Quiróz, R. (2008). Políticas farmacéuticas: su repercusión en la presentación farmacéutica. *Revista Administración Sanitaria*, 6(4), 633-39.
83. Rajesh, R., Sudha, V., Varma, D., Sonika, S. (2012). Association between Medication adherence Outcomes and Adverse Drug Reactions to Highly Active Antiretroviral Therapy in Indian Human Immunodeficiency Virus-Positive Patients. *J Young Pharmacists*, 2012; 4:250-60.

84. Reda, A., & Biadgilin, S. (2012). Determinants of Adherence to Antiretroviral Therapy among HIV-Infected Patients in Africa. *AIDS Research and Treatment*, 2012, 1-8.
85. Riera, M., La Fuente, L., Castanyer, B., Puigventós, F., Villalonga, C., Ribas, M., y otros. (2002). Adherencia a los fármacos antirretrovirales medida por la concentración de fármacos y el recuento de comprimidos. Variables relacionadas con una mala adherencia. *Medicina Clínica*, 119(8), 286-92.
86. Robles, Y., Saavedra, J., Mezzich, J., Sanz, Y., Padilla, M., Mejía, O. Índice de calidad de vida: Validación en una muestra peruana. *Anales de Salud Mental*. 2010; XXVI; (2):33-43
87. Robledo, T. (2009). Impacto mundial de la pandemia. Tendencias actuales de la pandemia en Europa y España y su relación con los mecanismos de transmisión. Impacto mundial de la pandemia. Tendencias actuales de la pandemia en Europa y España y su relación con los mecanismos de transmisión., (pág. XII Congreso Nacional sobre SIDA “Una mirada al Mediterráneo”. Organizado por SEISIDA). Valencia.
88. Rodríguez-Rosado R, Jiménez-Nacher I, Soriano V, Antón P, González-Lahoz J. Virological failure and adherence to antiretroviral therapy in HIV-infected patients. *AIDS*. 1998;12:1112-3.
89. Ross A, Aung M, Campbell L, Ogumbanjo G. Factors that positively influence adherence to antiretroviral therapy by HIV and/or AIDS patients and their caregivers. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2011; 3(1):196.
90. Ruiz, I., Labry, A., Lopez, M., Arco, A., Rodriguez, J., Causse, M., y otros. (2005). Estudio clínico, adherencia al TARGA y calidad de vida en pacientes con infección por el VIH tratados con antirretrovirales. *Enferm Infecc Microbiol Clin*, 23(10), 581-5.
91. Servicio Andaluz de salud. (2012). Cuestionario Duke UNC. obtenido de http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/datos/95/pdf/cuestionario_completo_sas.pdf.
92. Sharp, P., & Hahn, B. (2010). The evolution of HIV-1 and the origin of AIDS. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*, 365(1552), 2487-94.
93. Sharp, P., & Hahn, B. (2011). Origins of HIV and the AIDS Pandemic. *Cold Spring Harb Perspect Med*(1), 1-22.
94. Singh, N., Squier, C., Sivek, C., Wagener, M., Nguyen, M., & Yu, V. (1996). Determinants of compliance with antiretroviral therapy in patients with human immunodeficiency virus: prospective assessment with implications for enhancing compliance. *AIDS Care*, 8, 261-9.
95. Stephenson, B., Rowe, B., Haynes, R., Macharia, W., & Leon, G. (1993). In this patient taking the treatment as prescribed? *JAMA*, 269, 2779-81.
96. Sullivan, P., Campsmith, M., Nakamura, G., Begley, E., Schulden, J., & Nakashima, A. (2007). Patient and Regimen Characteristics Associated with Self-Reported Nonadherence to Antiretroviral Therapy. *PlosONE*, 2(6), 1-6.

97. Trotta, M., Ammassari, A., Cozzi-Lepri, A., Zaccarelli, M., Castelli, F., Narciso, P., y otros. (2003). Adherence to highly active antiretroviral therapy is better in patients receiving non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor-containing regimens than in those receiving protease inhibitor-containing regimens. *AIDS*, 17(7), 1099-102.
98. Tuller, D., Bangsberg, D., Senkungu, J., Ware, N., Emenyonu, N., & Weiser, S. (2010). Transportation Cost Impede Sustainrence Adherence and Acces to HAART in a Clinic Population in Sothwestern Uganda: A Qualitative Study. *AIDS Behav*, 14, 778-784.
99. UNICEF. (2009). Iniciativa regional para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita en América latina y el Caribe. Obtenido de [http://www.unicef.org/lac/Documento_Conceptual_-_Eliminacion_de_la_transmision_maternoinfantil_del_VIH_y_de_la_sifilis_congenita\(2\).pdf](http://www.unicef.org/lac/Documento_Conceptual_-_Eliminacion_de_la_transmision_maternoinfantil_del_VIH_y_de_la_sifilis_congenita(2).pdf)
100. Vahlne, A. (2009). A historical reflection on the discovery of human retroviruses. *Retrovirology*, 6(40), 1-9.
101. Wakibi S, Nganga Z, Mbugua G. Factors associated with non-adherence to highly active antirretroviral therapy in Nairobi, Kenya. *AIDS Research and Therapy*. 2011. 8(43):1-8.
102. Wasti S, Simkhada P, Randall J, Freeman J, Teijlingen E. Factors Influencing Adherence to Antiretroviral Treatment in Nepal: A Mixed-Methods Study. *PloS ONE* 7(5).2012. 7(5):e35547.
103. Weiss, L., French, T., Finkelstein, R., Waters, M., Mukherjee, R., & Agins, B. (2003). HIV-related knowlodge and adherence to HAART. *AIDS Care*, 15(5), 673-79.
104. Wendel, C., Mohler, M., Kroesen, K., Ampel, N., Gifford, A., & Coons, S. (2001). Barriers to use of electronic adherence monitoring in an HIV clinic. *Ann Pharmacother*, 35(9), 1010-15.
105. WHO. (2009). Number of people livng with HIV, number of people newly infected with HIV and number of AIDS deaths in the world (millions), 1990-2008. Recuperado el 01 de Julio de 2014, de http://who.int/hiv/data/global_data_slideshow.html.
106. Woodward, E., & Pantalone, D. (2012). The Role of Social Support and Negative Affect in Medication Adherence fot HIV-infected Men who Have Sex With Man. *J Assoc Nurses AIDS Care*, 23(5), 388-96.
107. Sharp, P., and Hahn, B. Origins of HIV and the AIDS Pandemic. *Cold Spring Harb Perspect Med*. 2011; 1:1-22

9 ANEXOS

9.1 ANEXO 1

TEST SMAQ DE ADHERENCIA A TARGA:

1. ¿ALGUNA VEZ OLVIDA TOMAR LA MEDICACION?:
SI: () NO: ()
2. ¿TOMA SIEMPRE LOS FARMACOS A LA HORA INDICADA?:
SI: () NO: ()
3. ¿ALGUNA VEZ DEJA DE TOMAR LOS FARMACOS SI SE SIENTE MAL?:
SI: () NO: ()
4. ¿OLVIDO TOMAR LA MEDICACION DURANTE EL FIN DE SEMANA?:
SI: () NO: ()
5. EN LA ULTIMA SEMANA, ¿CUANTAS VECES NO TOMO ALGUNA DOSIS?
g. NINGUNA: () b. 1-2 DOSIS: () c. 3 A 5 DOSIS: ()
d. 6 A 10 DOSIS: () e. MÁS DE 10 DOSIS: ()
6. ¿DESDE LA ULTIMA VISITA CUANTOS DIAS COMPLETOS NO TOMO LA MEDICACIÓN?.....

INTERPRETACIÓN FINAL: ADHERENTE:.....NO ADHERENTE:.....

Se realiza su interpretación, así:

- Se considera no adherente: 1: Sí, 2: No; 3: Sí; 4: Sí; 5: C, D o E. 6: más de 2 días.
- El cuestionario es dicotómico; cualquier respuesta en el sentido de no adherente se considera no adherente.
- La pregunta cinco se puede usar como semicuantitativa, así:
A: 95-100% adhesión; B: 85-94%; C: 65- 84%; D: 30-64%; E:<30%.

9.2 ANEXO 2

TEST DE DUKE UNC: 11 – VALORACIÓN DE APOYO SOCIAL.

PREGUNTA	MUCHO MENOS DE LO QUE DESEO	MENOS DE LO QUE DESEO	NI MUCHO NI POCO	CASI COMO DESEO	COMO TANTO DESEO
RECIBO VISITA DE MIS AMIGOS Y FAMILIARES					
RECIBO AYUDA EN ASUSTOS RELACIONADAS A MI CASA					
RECIBO ELOGIOS Y RECONOCIMIENTOS CUANDO HAGO BIEN MIS TRABAJOS					
CUENTO CON PERSONAS QUE SE PREOCUPAN DE LO QUE ME SUCEDER					
RECIBO AMOR Y AFECTO					
TENGO LA POSIBILIDAD DE HABLAR CON ALGUIEN DE MIS PROBLEMAS EN EL TRABAJO O EN LA					
TENGO LA POSIBILIDAD DE HABLAR CON ALGUIEN DE MIS PROBLEMAS PERSONALES Y FAMILIARES					
TENGO LA POSIBILIDAD DE HABLAR CON ALGUIEN DE MIS PROBLEMAS ECONOMICOS.					
RECIBO INVITACIONES PARA DISTRAERME Y SALIR CON OTRAS PERSONAS.					
RECIBO CONSEJOS UTILES CUANDO ME OCURRE ALGUN ACONTECIMIENTO IMPORTANTE EN MI VIDA.					
RECIBO AYUDA CUANDO CUANDO ESTOY ENFERMO EN LA CAMA					
TOTAL:					

Se realiza su interpretación, así:

- Se trata de un cuestionario que consta de 11 ítems y una escala de respuesta tipo Likert (1-5).
- El rango de puntuación oscila entre 11 y 55 puntos. La puntuación obtenida es un reflejo del apoyo percibido, no del real. A menor puntuación, menor apoyo.
- Una puntuación igual o mayor a 32 indica un apoyo normal, mientras que menor a 32 indica un apoyo social percibido bajo.

9.3 ANEXO 3

TEST CAGE:

1. ¿HA SENTIDO ALGUNA VEZ QUE DEBE BEBER MENOS?
SI: () NO: ()
2. ¿LE HA MOLESTADO QUE LA GENTE LO CRITIQUE POR SU FORMA DE BEBER?:
SI: () NO: ()
3. ¿ALGUNA VEZ SE HA SENTIDO MAL O CULPABLE POR SU FORMA DE BEBER?:
SI: () NO: ()
4. ¿ALGUNA VEZ HA NECESITADO BEBER POR LA MAÑANA PARA CALMAR LOS NERVIOS O ELIMINAR MOLESTIAS POR HABER BEBIDO LA NOCHE ANTERIOR?:
SI: () NO: ()

INTERPRETACIÓN FINAL:.....

Se realiza su interpretación, así:

Según el número de respuestas afirmativas, en general se considera que cuanto mayor es, mayor será también la dependencia. De este modo:

- 0 -1 punto: bebedor social.
- 2 puntos: consumo de riesgo (abuso/dependencia)
- 3 puntos: consumo perjudicial
- 4 puntos: dependencia alcohólica

9.4 ANEXO 4

TEST DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADO A LA SALUD DE MEZZICH Y COHEN:

1. SE SIENTE CON ENERGIA, SIN DOLORES, NI PROBLEMAS FISICOS:.....
 2. SE SIENTE BIEN Y SATISFECHO CONSIGO MISMO:.....
 3. CUIDA BIEN DE SU PERSONA Y TOMA SUS PROPIAS DECISIONES:.....
 4. ES CAPAZ DE REALIZAR UN TRABAJO REMUNERADO, TAREAS ESCOLARES Y/O DOMESTICAS:.....
 5. ES CAPAZ DE RESPONDER Y RELACIONARSE BIEN CON SU FAMILIA, AMIGOS Y GRUPOS:.....
 6. POSEE DISPONIBILIDAD DE PERSONAS EN QUIEN CONFIAR Y DE PERSONAS QUE LE PROPORCIONEN AYUDA Y APOYO EMOCIONAL:.....
 7. POSEE UN BUEN VECINDARIO, DISPONDE DE APOYO FINANCIERO Y DE OTROS SERVICIOS:.....
 8. SIENTE QUE SE HA REALIZADO PERSONALMENTE Y ESTA CON SUS METAS MÁS IMPORTANTES:.....
 9. HA DESARROLLADO UNA ACTIVIDAD HACIA LA VIDA MAS ALLA DE LO MATERIAL Y UN ESTADO DE PAZ INTERIOR CONSIGO MISMO Y CON LAS DEMAS PERSONAS:.....
 10. SE SIENTE SATISFECHO Y FELIZ CON SU VIDA EN GENERAL:.....
- INTERPRETACIÓN FINAL:.....**

Se solicita a los encuestados que basados en la siguiente instrucción llenen el cuestionario de 10 preguntas:

Con respecto a los siguientes aspectos de su vida, califique de 1 a 10 su situación actual, donde 10 es excelente y 1 pésimo, se interpreta, así:

- Nivel ALTO de calidad de vida relacionada a la salud, si su puntaje oscila entre 60 y 100 puntos.
- Nivel BAJO de calidad de vida relacionada a la salud, si su puntaje oscila entre 10 y 60 puntos.

9.5 ANEXO 5

TEST DE SALUD DE GOLBERG GHQ-12:

¿Ha podido concentrarse bien en lo que hace?:

1. Mejor que lo habitual: () 2. Igual que lo habitual: () 3. Menos que lo habitual: () 4. Mucho menos que lo habitual: ()

¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?:

1. No, en absoluto: () 2. No más que lo habitual: () 3. Bastante más que lo habitual: () 4. Mucho más que lo habitual: ()

¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?:

1. Más que lo habitual: () 2. Igual que lo habitual: () 3. Menos útil que lo habitual: () 4. Mucho menos lo habitual: ()

¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?:

1. Más capaz que lo habitual: () 2. Igual que lo habitual: () 3. Menos capaz que lo habitual: () 4. Mucho menos que lo habitual: ()

¿Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión?

1. No, en absoluto: () 2. No más que lo habitual: () 3. Bastante más que lo habitual: () 4. Mucho más que lo habitual: ()

¿Ha sentido que no puede superar sus dificultades?:

1. No, en absoluto: () 2. No más que lo habitual: () 3. Bastante más que lo habitual: () 4. Mucho más que lo habitual: ()

¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?

1. Más que lo habitual: () 2. Igual que lo habitual: () 3. Menos que lo habitual: () 4. Mucho menos que lo habitual: ()

¿Ha sido capaz de hacer frente a sus problemas?

1. Más capaz que lo habitual: () 2. Igual que lo habitual: () 3. Menos capaz que lo habitual: () 4. Mucho menos que lo habitual: ()

¿Se ha sentido poco feliz y deprimido?

1. No, en absoluto: () 2. No más que lo habitual: () 3. Bastante más que lo habitual: () 4. Mucho más que lo habitual: ()

¿Ha perdido confianza en sí mismo?

1. No, en absoluto: () 2. No más que lo habitual: () 3. Bastante más que lo habitual: () 4. Mucho más que lo habitual: ().

¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?

1. No, en absoluto: () 2. No más que lo habitual: () 3. Bastante más que lo habitual: () 4. Mucho más que lo habitual: ()

¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?

1. Más feliz que lo habitual: () 2. Aproximadamente lo mismo que lo habitual: () 3. Menos feliz que lo habitual: () 4. Mucho menos que lo habitual: ()

INTERPRETACIÓN FINAL:.....

Se realiza su interpretación, así:

A las 2 primeras alternativas en cada pregunta se les asigna un puntaje de 0 y a las 2 últimas alternativas en cada pregunta se les asigna un puntaje de 1.

- 0 a 4 puntos: ausencia de psicopatología.
- 5 a 6 puntos: sospecha de psicopatología subumbral.
- 7 a 12 puntos: indicativo de presencia de psicopatología.

9.6 ANEXO 6

MINIMENTAL TEST:

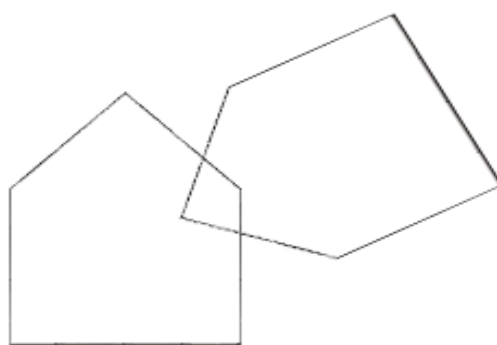
1. ¿Qué fecha es hoy?:.....
2. ¿Qué día de la semana es hoy?: :.....
3. ¿En qué mes estamos?: :.....
4. ¿En qué estación del año estamos?:.....
5. ¿En qué año estamos?:.....
6. ¿Dónde estamos? :.....
7. ¿En qué piso estamos? :.....
8. ¿En qué ciudad estamos? :.....
9. ¿En qué provincia estamos? :.....
10. ¿En qué país estamos? :.....
11. Enuncie las tres palabras clara y lentamente a un ritmo de una por segundo.
Luego de haberlas dicho, solicite a su paciente que las repita.
Pelota() Bandera () Árbol ()
12. Háglele deletrear la palabra MUNDO de atrás hacia adelante.

O: () D: () N: () U: () M: ()
13. Pregunte al paciente si puede recordar las tres palabras que antes repitió.
Nombre las tres palabras que antes repitió:

Pelota: (), Bandera: (), Árbol: ().
14. ¿Qué es esto? (mostrar un ESFERO): ()
15. ¿Qué es esto? (mostrar un HOJA): ()
16. Dígale a su paciente la siguiente frase: "El flan tiene frutillas y frambuesas" y pídale que la repita: ()

17. Dele a su paciente un papel y dígame: "Tome este papel con la mano izquierda, dóblelo por la mitad y colóquelo en el piso". (/3)
18. Muéstrole la hoja que dice: "Cierre los ojos" y dígame: "Haga lo que aquí se indica sin leerlo en voz alta": ()
19. Dele a su paciente una hoja en blanco y pídale que escriba una frase: ()
20. "Copie esta figura", y pídale que copie el dibujo: ()

COPIE ESTA FIGURA



INTERPRETACIÓN FINAL:.....

Se realiza su interpretación, así:

Preguntas 1 – 5: Orientación en tiempo (5 puntos): Se pregunta el día de la semana, fecha, mes, año y estación del año. Se otorga un punto por cada respuesta correcta. Se puede considerar correcta la fecha con diferencia de 2 días

Preguntas 6 – 10: Orientación en lugar (5 puntos): Se pregunta el lugar de la entrevista, hospital, ciudad, provincia y país. Se otorga un punto por cada respuesta correcta.

Pregunta 11: Registro de 3 palabras (3 puntos): Se pide al paciente que escuche atentamente a las tres palabras que se le mencionarán y tiene que repetirlas. Se le avisa que más tarde se le preguntarán de nuevo. Se otorga un punto por cada palabra correcta.

Pregunta 12: Atención y cálculo (5 puntos): Se pide que deletree la palabra MUNDO al revés. Por cada respuesta correcta se otorga un punto.

Pregunta 13: (3 puntos): Se le pide que repita los objetos nombrados anteriormente. Por cada repetición correcta se otorga un punto

Pregunta 14 y 15: Nominación (2 puntos): Se muestra una esfera y una hoja, el paciente debe nombrarlos. Se otorga un punto por cada respuesta correcta.

Pregunta 16: Repetición (1 punto): Se pide al paciente que repita la siguiente oración: "El flan tiene frutillas y frambuesas ", se otorga un punto si puede realizar la acción

Pregunta 17: Comprensión (3 puntos): Se le indican tres órdenes simples que pueda realizar. Por ejemplo, Tome el papel con su mano izquierda, dóblelo a la mitad y póngalo en el suelo. Se otorga un punto por cada acción correcta

Pregunta 18: Lectura (1 punto) Se solicita al paciente que lea la orden "Cierre los ojos" (escrita previamente) y la obedezca. No debe decirlo en voz alta y sólo puede explicársele una vez

Pregunta 19: Escritura (1 punto): Se pide al paciente que escriba una oración, que debe tener sujeto y predicado. Se otorga 1 punto si la oración tiene sentido.

Pregunta 20: Dibujo. Debe copiar un dibujo simple de dos pentágonos cruzados (véase imagen anterior). Se considera correcto si su respuesta tiene dos figuras de 5 lados y su cruce tiene 4 lados.

Con el puntaje total, se obtiene:

- 30 y 27 puntos: Sin deterioro.
- 26 y 25 puntos: Dudoso o posible deterioro.
- 24 y 10 puntos: Demencia leve a moderada.
- 9 y 6 puntos: Demencia moderada a severa.
- 5. Menos de 6 puntos: Demencia severa.

9.7 ANEXO 7

CUESTIONARIO

A. DATOS DE FILIACION:

A.1 CÓDIGO:.....

A.2 SEXO: 1. HOMBRE: () 2. MUJER: ()

A.3 EDAD:.....

A. 4 ETNIA: 1. INDIGENA: () 2. MONTUBIO: () 3. BLANCO: ()
4. MESTIZO: () 5. AFRODESCENDIENTE: () 6. MULATO: ()
7. OTRO: ()

A.5 GENERO: 1. MASCULINO: () 2. FEMENINO: () 3. TRANSGENERO
MASCULINO: () 4. TRANSGENERO FEMENINO: ()

A.6 ALFABETISMO: 1. ANALFABETO: () 2. ALFABETO: ()

A.6.2 NIVEL DE ESCOLARIDAD: 1. PRIMARIA:.....
2. SECUNDARIA:..... 3. TECNOLOGÍA:.....
4. SUPERIOR:.....5 OTROS:..... (COLOQUE EL NÚMERO DE
AÑOS).

A.6.3 TOTAL AÑOS ESTUDIOS:.....

A.7 SITUACION LABORAL: 1. TRABAJA POR CUENTA PROPIA O CON LA
FAMILIA: () 2. TRABAJA CON O PARA OTRA PERSONA: () 3. ESTUDIA:
() 4. REALIZA QUEHACERES DOMESTICOS: () 5. NO TRABAJA: ()

A.8 CON QUIEN VIVE: 1. SOLO: () 2. ACOMPAÑADO: ()

A.9 ESTADO CIVIL: 1. SOLTERO: () 2. CASADO: () 3. UNION LIBRE: ()
4. SEPARADO: () 5. DIVORCIADO: () 6. VIUDO: ()

A.10 LUGAR DE RESIDENCIA: 1. PAIS: () 2. CANTON: () 3. CIUDAD: ()
4. PARROQUIA: ()

A.10.2 ZONA DE RESIDENCIA: 1. RUAL: () 2. URBANO: ()

B. ADHERENCIA:

B1. REPORTE DE ENFERMERIA: 1. ADHERENTE: () 2. NO ADHERENTE: ()

B2. TEST DE ADHERENCIA: ESCALA SMAQ.

RESPONDA ESTAS PREGUNTAS:

B.2.. ¿ALGUNA VEZ OLVIDA TOMAR LA MEDICACION?:

1. SI: () 2. NO: ()

B.2.2 ¿TOMA SIEMPRE LOS FARMACOS A LA HORA INDICADA?:

1. SI: () 2. NO: ()

**B.2.3 ¿ALGUNA VEZ DEJA DE TOMAR LOS FARMACOS SI SE SIENTE
MAL?:**

1. SI: () 2. NO: ()

**B.2.4 ¿OLVIDO TOMAR LA MEDICACION DURANTE EL FIN DE
SEMANA?:**

1. SI: () 2. NO: ()

**B.2.5 EN LA ULTIMA SEMANA, ¿CUANTAS VECES NO TOMO ALGUNA
DOSIS?**

IV. NINGUNA: () B) 1-2 DOSIS: () C) 3 A 5 DOSIS: () D) 6 A 10
DOSIS: () E) MAS DE 10 DOSIS: ()

B.2.6 ¿DESDE LA ULTIMA VISITA CUANTOS DIAS COMPLETOS NO TOMO LA MEDICACIÓN?.....

B.2.7 INTERPRETACIÓN FINAL: 1. ADHERENTE:.....2. NO ADHERENTE:.....

B3. ¿A DECIR DE USTED, PORQUE OLVIDA TOMAR EL MEDICAMENTO?: (JUSTIFIQUE EL PORQUE Y PUEDE ESCOGER MÁS DE UNA)

B.3.1 OLVIDO: ().....

B.3.2 DIFICULTAD HORARIA: ().....

B.3.3 CREO QUE LOS MEDICAMENTOS TIENEN DEMASIADOS EFECTOS NEGATIVOS: ().....

B.3.3 NO TENGO INFORMACIÓN SUFICIENTE SOBRE ELLOS: ().....

B.3.4 CONOZCO A GENTE QUE NO LE HA IDO BIEN: ().....

B.3.5 NO ME GUSTA TOMAR MEDICINAS: ().....

B.3.6 NO HE SOPORTADO LOS EFECTOS SECUNDARIOS DEL MEDICAMENTO: ().....

B.3.7 VOLUNTAD PROPIA: ().....

B.3.8 OTRO MOTIVO: ().....

C. APOYO SOCIAL:

C.1 TEST DE DUKE UNC: 11

RESPONDE EL SIGUIENTE CUESTIONARIO: (EN EXCEL EN FORMATO DE CELDA VERTICALIZAR)

		1.	2.	3.	4.	5.
NÚMERO	PREGUNTA	MUCHO MENOS DE LO QUE	MENOS DE LO QUE DESEO	NI MUCHO NI POCO	COMO COMO DESEO	COMO COMO DESEO
C.1.1	<i>RECIBO VISITA DE MIS AMIGOS Y FAMILIARES</i>					
C.1.2	<i>RECIBO AYUDA EN ASUSTOS RELACIONADAS A MI CASA</i>					
C.1.3	<i>RECIBO ELOGIOS Y RECONOCIMIENTOS CUANDO HAGO BIEN MIS TRABAJOS</i>					
C.1.4	<i>CUENTO CON PERSONAS QUE SE PREOCUPAN DE LO QUE ME SUCEDE</i>					
C.1.5	<i>RECIBO AMOR Y AFECTO</i>					
C.1.6	<i>TENGO LA POSIBILIDAD DE HABLAR CON ALGUIEN DE MIS PROBLEMAS EN EL TRABAJO O EN LA CASA</i>					

C.1.7	<i>TENGO LA POSIBILIDAD DE HABLAR CON ALGUIEN DE MIS PROBLEMAS PERSONALES Y FAMILIARES</i>					
C.1.8	<i>TENGO LA POSIBILIDAD DE HABLAR CON ALGUIEN DE MIS PROBLEMAS ECONOMICOS.</i>					
C.1.9	<i>RECIBO INVITACIONES PARA DISTRAERME Y SALIR CON OTRAS PERSONAS.</i>					
C.1.10	<i>RECIBO CONSEJOS UTILES CUANDO ME OCURRE ALGUN ACONTECIMIENTO IMPORTANTE EN MI VIDA.</i>					
C.1.11	<i>RECIBO AYUDA CUANDO CUANDO ESTOY ENFERMO EN LA CAMA</i>					
C.1.12 TOTAL:						

D. HABITOS

D.1 CONSUMO ACTUAL DE DROGAS: 1. SI: () 2. NO: ()

D.2 TEST CAGE

RESPONDE EL SIGUIENTE CUESTIONARIO:

D.2.1 ¿HA SENTIDO ALGUNA VEZ QUE DEBE BEBER MENOS?

1. SI: () 2. NO: ()

D.2.2 ¿LE HA MOLESTADO QUE LA GENTE LO CRITIQUE POR SU FORMA DE BEBER?:

1. SI: () 2. NO: ()

D.2.3 ¿ALGUNA VEZ SE HA SENTIDO MAL O CULPABLE POR SU FORMA DE BEBER?:

1. SI: () 2. NO: ()

D.2.4 ¿ALGUNA VEZ HA NECESITADO BEBER POR LA MAÑANA PARA CALMAR LOS NERVIOS O ELIMINAR MOLESTIAS POR HABER BEBIDO LA NOCHE ANTERIOR?:

1. SI: () 2. NO: ()

D.2.5 INTERPRETACIÓN FINAL:

1. 0-1 PUNTOS: BEBEDOR SOCIAL ()

2. 2 PUNTOS: CONSUMO DE RIESGO (ABUSO/DEPENDENCIA) ()

3. 3 PUNTOS: CONSUMO PERJUDICIAL ()

4. 4 PUNTOS: DEPENDENCIA ALCOHÓLICA ()

E. CALIDAD DE VIDA

E.1 TEST DE MEZZICH Y COHEN DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD.

RESPONDA EL SIGUIENTE CUESTIONARIO:

(CON RESPECTO A LOS SIGUIENTES ASPECTOS DE SU VIDA, CALIFIQUE DE 1 A 10 SU SITUACION ACTUAL, DONDE 10 ES EXCELENTE Y 1 PESIMO).

E.1.1 SE SIENTE CON ENERGIA, SIN DOLORES, NI PROBLEMAS FISICOS:.....

E.1.2 SE SIENTE BIEN Y SATISFECHO CONSIGO MISMO:.....

E.1.3 CUIDA BIEN DE SU PERSONA Y TOMA SUS PROPIAS DECISIONES:.....

E.1.4 ES CAPAZ DE REALIZAR UN TRABAJO REMUNERADO, TAREAS ESCOLARES Y/O DOMESTICAS:.....

E.1.5 ES CAPAZ DE RESPONDER Y RELACIONARSE BIEN CON SU FAMILIA, AMIGOS Y GRUPOS:.....

E.1.6 POSEE DISPONIBILIDAD DE PERSONAS EN QUIEN CONFIAR Y DE PERSONAS QUE LE PROPORCIONEN AYUDA Y APOYO EMOCIONAL:.....

E.1.7 POSEE UN BUEN VECINDARIO, DISPONDE DE APOYO FINANCIERO Y DE OTROS SERVICIOS:.....

E.1.8 SIENTE QUE SE HA REALIZADO PERSONALMENTE Y ESTA CON SUS METAS MÁS IMPORTANTES:.....

E.1.9 HA DESARROLLADO UNA ACTIVIDAD HACIA LA VIDA MAS ALLA DE LO MATERIAL Y UN ESTADO DE PAZ INTERIOR CONSIGO MISMO Y CON LAS DEMAS PERSONAS:.....

E.1.10 SE SIENTE SATISFECHO Y FELIZ CON SU VIDA EN GENERAL:.....

E.1.11 INTERPRETACIÓN FINAL:

1. Nivel ALTO de calidad de vida relacionada a la salud: ()

2. Nivel BAJO de calidad de vida relacionada a la salud: ()

F. CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD

F.1 ¿RECIBIO USTED POR PARTE DE SU MEDICO, ENFERMERO, PSICOLOGA INFORMACION SOBRE VIH/SIDA?:

1. SI: () 2. NO: ()

F.2 ¿HA DECIR DE USTED HA PRESENTADO REACCIONES ADVERSAS AL MEDICAMENTO?:

1. SI: () 2. NO: ()

G. VALORACION DE PSICOPATOLOGIA:

G.1 TEST DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG:

RESPONDA EL SIGUIENTE CUESTIONARIO:

(LEA CUIDADOSAMENTE ESTAS PREGUNTAS. NOS GUSTARÍA SABER SI USTED HA TENIDO ALGUNAS MOLESTIAS O TRASTORNOS Y CÓMO HA ESTADO DE SALUD EN LAS ÚLTIMAS SEMANAS. CONTESTE A TODAS LAS PREGUNTAS. MARQUE CON UN VISTO LA RESPUESTA QUE USTED ESCOJA. QUEREMOS SABER LOS PROBLEMAS RECIENTES Y ACTUALES, NO LOS DEL PASADO).

G.1.1 ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hace?:

1. Mejor que lo habitual: () 2. Igual que lo habitual: () 3. Menos que lo habitual: () 4. Mucho menos que lo habitual: ()

G.1.2 ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?:

1. No, en absoluto: () 2. No más que lo habitual: () 3. Bastante más que lo habitual: () 4. Mucho más que lo habitual: ()

G.1.3 ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?:

1. Más que lo habitual: () 2. Igual que lo habitual: () 3. Menos útil que lo habitual: () 4. Mucho menos lo habitual: ()

G.1.4 ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?:

1. Más capaz que lo habitual: () 2. Igual que lo habitual: () 3. Menos capaz que lo habitual: () 4. Mucho menos que lo habitual: ()
- G.1.5** ¿Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión?
1. No, en absoluto: () 2. No más que lo habitual: () 3. Bastante más que lo habitual: () 4. Mucho más que lo habitual: ()
- G.1.6** ¿Ha sentido que no puede superar sus dificultades?:
1. No, en absoluto: () 2. No más que lo habitual: () 3. Bastante más que lo habitual: () 4. Mucho más que lo habitual: ()
- G.1.7** ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?
1. Más que lo habitual: () 2. Igual que lo habitual: () 3. Menos que lo habitual: () 4. Mucho menos que lo habitual: ()
- G.1.8** ¿Ha sido capaz de hacer frente a sus problemas?
1. Más capaz que lo habitual: () 2. Igual que lo habitual: () 3. Menos capaz que lo habitual: () 4. Mucho menos que lo habitual: ()
- G.1.9** ¿Se ha sentido poco feliz y deprimido?
1. No, en absoluto: () 2. No más que lo habitual: () 3. Bastante más que lo habitual: () 4. Mucho más que lo habitual: ()
- G.1.10** ¿Ha perdido confianza en sí mismo?
1. No, en absoluto: () 2. No más que lo habitual: () 3. Bastante más que lo habitual: () 4. Mucho más que lo habitual: ()
- G.1.11** ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?
1. No, en absoluto: () 2. No más que lo habitual: () 3. Bastante más que lo habitual: () 4. Mucho más que lo habitual: ()
- G.1.12** ¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?
1. Más feliz que lo habitual: () 2. Aproximadamente lo mismo que lo habitual: () 3. Menos feliz que lo habitual: () 4. Mucho menos que lo habitual: ()
- G.1.13 INTERPRETACIÓN FINAL:**
1. 0 a 4 PUNTOS: ausencia de psicopatología: ()
2. 5 a 6 PUNTOS: sospecha de psicopatología subumbral: ()
3. 7 a 12 PUNTOS: indicativo de presencia de psicopatología: ()

G.2 TEST MINIMENTAL.

RESPONDA AL SIGUIENTE CUESTIONARIO.

- G.2.1** ¿Qué fecha es hoy?:.....
- G.2.2** ¿Qué día de la semana es hoy?:
- G.2.3** ¿En qué mes estamos?:
- G.2.4** ¿En qué estación del año estamos?:.....
- G.2.5** ¿En qué año estamos?:.....
- G.2.6** ¿Dónde estamos? :.....
- G.2.7** ¿En qué piso estamos? :.....
- G.2.8** ¿En qué ciudad estamos? :.....
- G.2.9** ¿En qué provincia estamos? :.....
- G.2.10** ¿En qué país estamos? :.....

G.2.11 Enuncie las tres palabras clara y lentamente a un ritmo de una por segundo.

Luego de haberlas dicho, solicite a su paciente que las repita.

Pelota ()

Bandera ()
Árbol ()

G.2.12 Hágale deletrear la palabra MUNDO de atrás hacia adelante.

O: () D: () N: () U: () M: ()

G.2.13 Pregunte al paciente si puede recordar las tres palabras que antes repitió. Nombre las tres palabras que antes repitió: Pelota: (), Bandera: (), Árbol: ().

G.2.14 ¿Qué es esto? (mostrar un ESFERO): ()

G.2.15 ¿Qué es esto? (mostrar un HOJA): ()

G.2.16 Dígale a su paciente la siguiente frase: "El flan tiene frutillas y frambuesas" y pídale que la repita: ()

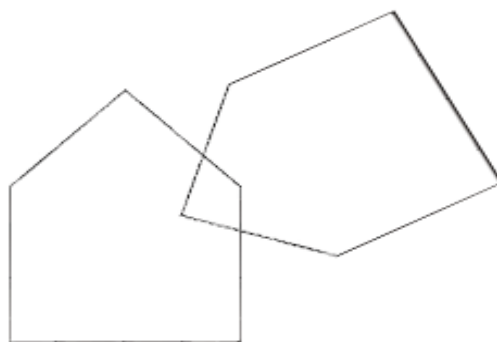
G.2.17 Dele a su paciente un papel y dígale: "Tome este papel con la mano izquierda, dóblelo por la mitad y colóquelo en el piso". (/3)

G.2.18 Muéstrela la hoja que dice: "Cierre los ojos" y dígale: "Haga lo que aquí se indica sin leerlo en voz alta": ()

G.2.19 Dele a su paciente una hoja en blanco y pídale que escriba una frase: ()

G.2.20 "Copie esta figura", y pídale que copie el dibujo: ()

COPIE ESTA FIGURA



G.2.21 INTERPRETACIÓN FINAL:

1. 30 y 27 PUNTOS: Sin deterioro: ()
2. 26 y 25 PUNTOS: Dudoso o posible deterioro: ()
3. 24 y 10 PUNTOS: Demencia leve a moderada: ()
4. 9 y 6 PUNTOS: Demencia moderada a severa: ()
5. Menos de 6 PUNTOS: Demencia severa: ()

H. DATOS DE HISTORIA CLINICA:

H.1 VIA DE CONTAGIO: 1. SEXUAL: () 2. PARENTERAL: () 3. VERTICAL: ()

H.2 AÑOS DE DIAGNOSTICO DE VIH:.....

H.3 ESTADIO DE LA ENFERMEDAD AL DIAGNÓSTICO:.....

H.4 CARGA VIRAL:

H.4.1 INICIAL:.....

H.4.2 ÚLTIMA:.....

H.5 CD 4:

H.5.1 INICIAL:.....

H.5.2 ÚLTIMO:.....

H.6 AÑOS EN TRATAMIENTO:.....

H.7 TIPO DE ESQUEMA: 1. 2INTR+ 1NNTR: () 2. 2INTR + 1IP: () 3. OTRO: ()

H.8 PAUTA TERAPEUTICA: 1. QD: () 2. BID: () 3. TID: ()

H.9 NUMERO DE PASTILLAS: 1: () 2: () 3: () 4: () 5: () 6: () 7: () 8: ()

H.10 COMORBILIDADES FISICAS NO ASOCIADAS A VIH/SIDA: 1. SI: ()
2. NO: ()

H.11 COMORBILIDAD FISICA ASOCIADA A VIH/SIDA: 1. SI: () 2. NO: ()

H.12 REACCIONES ADVERSAS A TARGA REFERIDAS POR EL MEDICO
TRATANTE: 1. SI: () 2. NO: ()